В63
6383

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 1-12

1—2-6

ЯНВАРЬ — ФЕВРАЛЬ

МЕДГИЗ · 1946

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ '
КРАСНОЙ АРМИИ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

$ 6389

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

1—2

ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ

ВОЕННАЯ
ОБ
ВКА

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
„МЕД ГИЗ* —1 946— МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 140

Отв. редактор Е. И. Смирнов

Издается с 1823 г. Сдано в производство 14/Ш 1946 г. Подписано к печати 29/171 19461г.
А 05187 Форм. б. 70Х108/16. Печ. л. 4. Уч.-изд. л. 6,95. Знаков в 1 п. л. 69 ОСО тыс.
Тираж 8800 экз. Цена 4 р. Заказ 151

13-я тип. треста „Полиграфкнига" ОГИЗа при СНК РСФСР. Москва, Денисовский,^30

Полковник мед. службы В. М. ШУСТОВ

О ЗАДАЧАХ ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЫ В КРАСНОЙ АРМИИ

«Нам нужно больше всего думать о том, как правильнее организовать труд..., чтобы производительность труда советского человека и качество его работы давали наилучшие результаты'.

В. М. Молотов
(из доклада о 28-й годовщине Октября)

Полной победой над фашистскими имнериалистическими захватчиками Красная Армия завершила борьбу на фронтах Великой отечественной войны. Народы Советского Союза вернулись к мирному труду. Красная Армия перешла к мирной учебе и охране свободной трудовой жизни народов великой родины.

Медицинская служба Красной Армии с честью справилась со своими задачами в дни Отечественной войны. Самоотверженным трудйй и героической борьбой за жизнь и здоровье воинов-защитников родины санитары, медицинские сестры, фельдшеры и врачи покрыли себя неувядаемой славой и заслужили искреннее уважение и любовь бойцов и офицеров Красной Армии.

Никогда еще в истории войн медицинская наука и ее люди не принимали столь широкого и непосредственного участия на полях сражений, как в Великую отечественную войну советского народа в 1941 —1945 гг. Мужественный труд медицинских работников Красной Армии явил в тяжелые годы войны подлинное величие человеколюбия и беззаветной преданности родине и народу. Сотнями тысяч спасенных жизней и возвращенных в строй бойцов и офицеров — лучших резервов Красной Армии — военная медицина завоевала в глазах командующих войсками военных округов, армий и фронтов авторитет верного и надежного помощника в достижении победы. Теперь необходимо закрепить заслуженный авторитет, чтобы роль и значение медицинской службы в охране и укреплении здоровья воинов, в повышении боевой мощи Красной Армии были подняты еще выше.

После окончания войны перед медицинской службой Красной Армии в области лечебного и профилактического обслуживания войск возник ряд сложных и ответственных задач, которые можно разбить на две группы: одна группа относится к вопросам ликвидации .санитарных последствий войны, вторая связана с мероприятиями по реорганизации системы, лечебно-профилактической работы.

Обе эти группы тесно и неразрывно связаны между собой и не могут осуществляться порознь; обе должны решаться с учетом богатейшего исторического опыта как довоенного, так и приобретенного в период Великой отечественной войны и на основе современных достижений медицинской науки. Для успешного решения этих вопросов нужна огромная, напряженная работа, использование всех творческих сил, опыта, знаний и патриотического энтузиазма всех работников медицинской службы. •

К главнейшим и первоочередным задачам первой группы по ликвидации санитарных последствий войны должны быть отнесены следующие:

1. Успешное завершение лечения раненых и больных, эвакуированных с фронтов Отечественной войны.

2. Ликвидация в кратчайшие сроки венерических заболеваний и туберкулеза, распространившихся в местностях, бывших во временной оккупации врага.

3. Восстановление здоровья и физического состояния личного состава Красной Армии, особенно генералов, офицеров, сержантов и бойцов, перенесших тяжелые ранения, контузии и заболевания, связанные с тяжелыми условиями на фронтах и напряженной работой в тылу.

Все это, естественно, должно осуществляться в тесном контакте с гражданскими органами народного здравоохранения и с их деятельностью по лечению инвалидов Отечественной войны и по ликвидации заболеваемости среди населения.

Успешное решение этих вопросов полностью зависит от правильного и быстрого претворения в жизнь задач второй группы, из которых особое внимание должны привлечь следующие:

1. Реорганизация системы лечебно-профилактического обслуживания войск с учетом охвата новых для военно-медицинской службы контингентов—воспитанников суворовских училищ, членов семей генералов и офицеров (кадровых и ушедших в отставку), женщин, добровольно остающихся на службе в Красной Армии, а также вольнонаемных сотрудников частей и учреждений Красной Армии.

С этой целью необходимо: а) значительно расширить объем и повысить квалификацию лечебной работы подразделений медицинской службы в составе войсковых частей и соединений; б) перестроить и расширить объем и виды специализированного лечения в госпиталях, повысить роль последних в улучшении лечебной профилактической работы в войсках.

2. Организация лечебно-профилактической работы всех звеньев медицинской службы Красной Армии на уровне современных требований медицинской науки. Это возможно только при условии единого понимания и настойчивого, повседневного претворения в жизнь основных принципов советской медицины применительно к условиям Красной Армии.

Медицинские работники Красной Армии в своей деятельности должны прежде всего иметь в виду, что на физическое состояние, здоровье человеческого коллектива, любой войсковой части постоянно воздействует ряд специфических факторов, общих для всей Красной Армии. Без полного учета их невозможна правильная организация медицинского, лечебно-профилактического обслуживания войск. Факторы эти частью положительные, частью отрицательные.

Положительными являются:

а) общие социально-политические особенности и устои Красной Армии, обеспечивающие прочное и высокое политико-моральное состояние и сознательную дисциплину коллектива любой части;

б) весь комплекс боевой подготовки, физической тренировки, организации режима труда и быта, благоприятно воздействующий на организм;

в) возрастная однородность большинства коллектива и медицинский отбор при призыве в армию.

Из отрицательных факторов должны учитываться:

а) резкая перемена климата, обстановки, образа жизни, характера умственного напряжения;

б) совместное проживание контингентов, прибывших из районов с различными эпидемиологическими условиями;

в) постоянное общение и неизбежный контакт большого числа людей, облегчающие быстрое распространение инфекции и т. п.;

г) возможность отрицательного влияния на некоторых молодых

солдат с незаконченным физическим развитием высокой физической нагрузки, связанной с боевой подготовкой;

д) возможность возникновения заболеваний в результате воздействия некоторых неблагоприятных условий и факторов, учебных занятий и военной службы; солнечные и тепловые удары, отморожения в походах, кожные заболевания и травмы (в кавалерии, бронетанковых войсках)и т. д.

Указанные положительные условия и факторы ограничивают возможность возникновения и развития в армии заболеваний, свойственных гражданскому населению в молодом возрасте. Отрицательные же факторы создают почву и облегчают развитие других характерных для армии заболеваний, которые дают повод и основание специально изучать их как „войсковые болезни".

Умелое использование положительных и нейтрализация отрицательных факторов в целях охраны и укрепления здоровья составляют одну из решающих предпосылок успешной деятельности медицинской службы Красной Армии.

Нужно также постоянно учитывать принципиальное положение советского здравоохранения о том, что лечение и профилактика неделимы и составляют две стороны одного целого, в котором профилактика служит основанием и содержанием как организации, так и методики лечения.

Основным, ведущим направлением в лечебном деле военной медицины должно быть профилактическое лечение.

Профилактическое направление в лечебном деле может и должно обеспечить наибольшие успехи в снижении заболеваемости в войсках. Необходимо настойчиво стремиться к распознаванию болезней в самых ранних стадиях, к раскрытию стертых и атипичных форм заболеваний, в особенности в преморбидном периоде их, до наступления подчас необратимых изменений в органах.

Изучать заболевания необходимо в их связи с конкретными условиями окружающей среды, трудом и бытом. В процессе лечения больного должны применяться не только средства и методы для местного, локального воздействия, на болезненный очаг, но в особенности средства и методы общего воздействия на организм: физиотерапия, лечебная физкультура, трудотерапия, лечебное и рациональное питание, длительный сон и т. д.

Лечебная работа военно-медицинских работников в стационаре, амбулатории не может проходить в отрыве от профилактической работы в самих войсках.

Таковы основные задачи и принципы организации лечебно-профилактической работы в Красной Армии. Они привели к необходимости покончить с совершенно недопустимым отрывом лечебного стационара от амбулатории и поликлиники; такой отрыв лишает врача возможности проводить динамическое наблюдение за больным, за эволюцией заболевания и устраняет преемственность в лечении, необходимую для большей его эффективности.

Вот почему в Красной Армии проведена реорганизация штатно-организационной структуры лечебно-профилактических учреждений, объединены госпитали с поликлиниками, усилен штат госпиталей мирного времени, расширена их специализация, предусмотрены новые отделения в госпиталях — лечебной физкультуры, трудотерапии, отделение выздоравливающих. Войсковые части и соединения получили свои лечебные стационары-лазареты, позволяющие значительно увеличить объем лечебной помощи.

Медицинские пункты части, войсковые лазареты, гарнизонные, окружные госпитали и, наконец, Главный военный госпиталь Красной Армии должны быть не только последовательными ступенями в сети

лечебных учреждений, но должны стать единой и строевой базой лечебно-профилактического обслуживания войск в мирное время. Эта база должна воспринять лучшие стороны и опыт системы лечебно-эвакуационного обслуживания войск в Отечественную войну, преемственное специализированное лечение.

От медицинских работников Красной Армии, в первую очередь от организаторов, руководителей медицинской службы и врачей, потребуется организовать лечебно-профилактическое обеспечение войск с учетом неизбежных и подчас глубоких изменений в состоянии здоровья, реактивности организма, вызванных потрясениями и условиями войны, как у военнослужащих — непосредственных участников военных действий, так и среди призывных контингентов. При этом следует учитывать, что тяжелые условия войны оставили следы в организме участников, что ее последствия будут еще долго сказываться на характере заболеваемости и особенностях течения болезней.

Поэтому последовательными звеньями единой стройной системы лечебно-профилактических мероприятий по обслуживанию войск Красной Армии должны стать: 1) регулярные (ежемесячные) профилактические осмотры всего личного состава войск, 2) периодические глубокие (весенние и осенние) медицинские обследования, сочетающиеся с диспансерным изучением условий труда и быта, 3) ранняя госпитализация, 4) проведение в госпитале исчерпывающего специализированного и комплексного лечения до максимального восстановления трудоспособности, боеспособности и 5) последующее конкретное решение вопроса о дальнейшем служебном использовании военнослужащего.

Практически это должно означать следующее: 1) врач части при правильной постановке работы будет хорошо знать состояние здоровья личного состава, во-время заметит всякие изменения, сумеет взять под особое наблюдение нуждающихся в этом (ослабленных, хроников и др.), своевременно госпитализирует заболевшего, своевременно доложит и предложит командиру части необходимые меры предупреждения заболеваемости, травматизма и т. д.; 2) врач госпиталя не будет выписывать закончившего стационарное лечение с заключением „отдых при части“, поскольку этот „отдых" при части раведомо не может быть обеспечен: введенные в штат госпиталей отделения выздоравливающих исключают необходимость таких ранее широко практиковавшихся заключений; 3) специалисты госпиталя при выписке выздоровевшего после тяжелой инфекционной или иной болезни не забудут дать соответствующие рекомендации врачу части о необходимом последующем врачебном наблюдении, повторном направлении в госпиталь, временном или постоянном ограничении объема служебных обязанностей или переводе на другую работу, в другой род войск и т. д.

В свете всего сказанного чрезвычайно актуальным становится вопрос о всемерном повышении лечебной квалификации медицинского состава и в первую очередь врачей. Совершенно естественно, что большая, самодовлеющая задача повышения квалификации, специализации медицинских работников не может быть быстро решена одними курсами усовершенствования. Она может быть осуществлена лишь при условии сочетания этого способа с повседневной, настойчивой работой самих медиков по повышению специальных знаний в процессе практической деятельности в госпиталях и лазаретах под руководством более опытных товарищей. Особо следует подчеркнуть необходимость всячески поощрять врачей, стремящихся овладеть смежными специальностями, а также методами функциональной диагностики и лечения. Повышение специальной лечебной квалификации необходимо сочетать с усвоением сведений о современных достижениях теоретической медицины — нормальной, патологической, клинической физиологии, нормальной и патологической анатомии.

Работа над повышением квалификации должна непременно сочетаться с овладением теорией и методологией диалектического материализма. Активное участие в консультациях, теоретических и практических научных конференциях, анатомо-клинических конференциях, постановка научных докладов, лекций, посещение заседаний научных обществ, работа в библиотеках —вот далеко не полный перечень форм и способов роста квалификации работников медицинской службы Красной Армии.

Повышение квалификации должно быть связано с развертыванием научно-исследовательской, изобретательской и рационализаторской работы. Госпитали Красной Армии по своему оснащению и штатным возможностям могут и должны стать подлинно клиническими учреждениями. Клиническое ведение исследования и лечения больных при хорошо поставленном учете результатов в историях болезней даст все необходимое для последующего научного обобщения и выводов.

В каждом госпитале, медицинском подразделении войсковой части, соединении должна быть мобилизована пытливая исследовательская мысль, для которой в условиях Красной Армии имеются широчайшие возможности. Объектами научно-исследовательской работы должны служить не только лечебно-методические вопросы, техническое оснащение, но обязательно также лечебно-организационные вопросы.

Таковы в кратких чертах главнейшие очередные задачи в области лечебной и лечебно-профилактической работы.

Для решения этих задач, конечно, необходимо создание определенных предпосылок и условий.

Одной из решающих предпосылок является правильная расстановка кадров врачей, фельдшеров, медицинских сестер и такая организация их труда, которая обеспечивала бы максимум времени для плодотворной лечебной работы и способствовала бы повышению лечебной квалификации их во всех звеньях медицинской службы. Создание таких условий должно стать первейшей заботой и обязанностью организаторов и руководителей медицинской службы всех рангов и степеней. Забота их о всемерном повышении культуры (внешней и по содержанию) труда медицинских работников и четкой организации лечебной помощи, забота о подлинно культурной обстановке на медицинском пункте, в амбулатории, лазарете, госпитале не должна ослабляться ни на один день.

Вторым обязательным условием успеха должно явиться большевистское воспитание кадров медицинских работников от мала до велика. Необходимо, чтобы все работники медицинской службы прониклись сознанием необходимости поднять на высшую ступень заботу о воинах Красной Армии, не щадивших своей крови и жизни для защиты свободы, чести и счастья народов нашей родины. Сознание почетной обязанности и высокой ответственности, возложенной на работников медицинской службы Красной Армии по охране здоровья и лечению бойца, воспитанника суворовского училища, слушателя академии, офицера, генерала и членов их семей, не должно покидать их ни на минуту. Это не только поможет им более полно и быстро решать указанные задачи, но и позволит предупредить ошибки, которые все еще имеют место в лечебной практике.

Одни из них происходят от нарушения принципа преемственности лечения больного. Чаще всего по этой причине медицинские ошибки совершаются в амбулаторной практике и при оказании помощи на дому. Врачи- поликлиник легко подпадают под влияние „ амбулаторной “ обстановки, где встречают преимущественно „легко больных", видя их не ежедневно. Оказав помощь больному при первом его •обращении, амбулаторный врач нередко считает свою миссию законченной. Врач помощи на дому, оказав помощь больному при вызове на дом, не считает себя обязанным вести наблюдение до конца или

передать больного в порядке преемственности следующему дежурному врачу. В результате нередко оказывается, что больной на дому находится под наблюдением нескольких врачей. Ничего, кроме вреда, подобная практика принести не может.

Другого рода ошибки, наблюдаемые как в лечебных стационарах, так и у войсковых врачей, происходят в результате недооценки и непонимания значения и роли консультации. Консультация со специалистами нередко подменяется направлением больного или .вызовом врача на „консультацию[11], в которой лечащий, наблюдающий врач не только не принимает участия и не ставит на разрешение возникшие у него вопросы, но часто даже ничем не мотивирует приглашение консультанта. Консультанта часто привлекают только потому, что больной указал на болезненные ощущения в области, лежащей вне „специальности[11] лечащего врача.

Такое отношение к консультации следует осудить как следствие вредного увлечения узкой специализацией и стремления избежать работы „не по специальности[11]. Терапевт (интернист) считает себя правым, отказываясь вывернуть веко, осмотреть ухо, горло, нос, провести офталмоскопию только потому, что это не его специальность; венерологи отказывают ощупать живот, перкутировать и выслушать органы грудной клетки на том основании, что это „не их область[11], хотя больные только попутно предъявили новую жалобу. Такие врачи подчас по каждому незначительному мотиву направляют на консультацию „по поводу жалоб[11]. Подобному искажению идеи консультации в военной медицине не может быть места.

Опыт Великой отечественной войны показал неоценимое значение комплексных методов исследования и лечения раненых и больных. Этим методам в значительной мере обязаны мы успехами в лечебной работе в период войны. Поэтому мы должны всемерно совершенствовать организационные формы осуществления этих методов в работе госпиталей, лазаретов и поликлиник в мирных условиях. Никакой врач не может стать специалистом во всех областях медицины или даже в области лечебных дисциплин. Однако ни один практический врач, тем более военный, не вправе ограничивать свои знания и практическую деятельность узкой специальностью. Каждый военный врач должен стремиться стать прежде всего разносторонне образованным практическим врачом типа хорошего участкового врача, а его специальность должна быть дополнительной надстройкой на его фундаментальном высшем медицинском образовании. Такая установка на расширение рамок квалификации врачей отнюдь не исключает, а, наоборот, предполагает активное и широкое применение в лечебной практике активного метода работы.

Эта установка вместе с тем предполагает необходимость прибегать к консультации, консилиуму не чаще, а разумней, не по всякому незначительному поводу или жалобе больного, а по действительна основательному мотиву, вытекающему из плана ведения больного и затруднений при решении вопросов диагностики, лечения, исследования, так как врачи часто увлекаются последними. Увлечение лабораторными, техническими методами приводит нередко к отрыву от самого больного, к тому, что анализов много, а синтеза, т. е. основного в изучении картины болезни,—нет. Эти недостатки, вызывающие ошибки третьей группы, чаще можно отметить в поликлиниках, амбулаториях, но они встречаются и в тех госпиталях, где специальные методы исследования излишне строго централизованы.

Нельзя также признать полезным излишнюю централизацию специальных лечебных средств, например, физиотерапевтических, лечебнофизкультурных. Правильнее и целесообразнее будет приблизить к постели больного лабораторные, инструментальные и другие специаль-

яые средства и методы исследования и лечения и привлекать к участию в них всех врачей лечебного отделения. Непреложным законом должно быть участие лечащих врачей в таких видах исследований, как рентгенологические, лабораторные, функциональные, патологоанатомические, и в таких методах лечения, как диэтотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, трудотерапия. Всемерное приближение к постели больного современных лечебных и диагностических средств и методов и совместная консультативная работа специалистов будут вернее гарантировать нас от диагностических и лечебных ошибок.

Наконец, четвертая группа ошибок происходит от несоблюдения врачами правил деонтологии: соблюдать осторожность в общении с больным, не допускать пренебрежения, всячески щадить психику больного и избегать излишней откровенности с ним в отношении его состояния, прогноза и тому подобных вопросов. Это больше всего относится к молодым врачам, но и более опытным полезно помнить эти правила. Пренебрежение этими требованиями приводит к распространению так называемых ятрогенных заболеваний, а равно и к принижению авторитета врача. Эти ошибки можно и нужно изжить путем ■ознакомления широких кругов медицинских работников с вопросами деонтологии и воспитания в них высоких советских принципов врачебной этики и морали.

В заключение следует сказать о роли и значении ведущих специалистов. Отечественная война вызвала к жизни институт главных специалистов округов, армий, фронтов и ведущих специалистов в лечебных учреждениях. Начальникам медицинской службы округов, армий, групп необходимо этот опыт закрепить и развить.

Главные терапевты, хирурги и /другие специалисты округов и групп войск должны использовать приобретенный ими огромный ■организационный опыт для осуществления задач лечебно-профилактической работы в мирных условиях. Каждый из них должен быть подлинным организатором специализированной помощи в гарнизонах округа. Отличное знание кадров, забота о росте их квалификации, о правильной, четкой организации лечебно-профилактической помощи в госпитале, лазарете, в войсках, о внедрении современных методов и средств лечения и профилактики, о техническом оснащении специализированных отделений госпиталей — главнейшие обязанности окружных специалистов. Некоторые из них (окулист, невропатолог, отоларинголог, стоматолог, физиотерапевт, рентгенолог) будут выполнять обязанности главных окружных специалистов, находясь на штатных должностях в окружных учреждениях. Окружные специалисты не могут работать в отрыве от лечебного стационара; с их помощью окружные военные госпитали должны стать клиническими и учебными базами для медицинской службы каждого округа.

Окружным специалистам необходимо быть тесно связанными с соответствующими специалистами периферических лечебных учреждений, консультировать, проверять и направлять их работу. Всем окружным специалистам нужно также хорошо связаться друг с другом, согласовать свои мероприятия в единый план и добиваться осуществления принципа комплексности и преемственности в постановке лечебного дела во всех звеньях медицинской службы.

В окружных госпиталях ведущие специалисты — терапевт и хирург— не вправе ограничивать свою деятельность рамками госпиталя. Они обязаны активно влиять на постановку лечебного дела в периферических госпиталях и лазаретах. Специалисты гарнизонного госпиталя, лазарета должны являться не только консультантами для других врачей госпиталя и медицинских работников гарнизона, но и организаторами лечебно-профилактического обеспечения в частях по своей специальности. Обеспечение возможности повышения квалифи-

кации медицинского состава госпиталя и войсковых частей на базе-госпиталя, местных гражданских учебных, научных лечебных учреждений, на курсах усовершенствования, участие в работе научных обществ и т. д. должны быть постоянным предметом совместной заботы начальника госпиталя и гарнизонного врача. Госпитальные и гарнизонные медицинские научно-практические конференции могут также явиться эффективной формой усовершенствования медицинского состава. Начальнику госпиталя и гарнизонному врачу необходимо добиться, чтобы эти конференции были интересными, увлекательными, способствующими росту квалификации участников и практически полезными для войск гарнизона.

Продуманная и хорошо построенная организация труда, лечебного-процесса, лечебно-профилактических мероприятий во всех звеньях медицинской службы обеспечит быструю ликвидацию санитарных последствий войны и дальнейшее укрепление боевой мощи Красной Армии.

За работу, товарищи медицинские работники, так, как учит нас: товарищ Сталин

★

Подполковник мед, службы канд. мед, наук Е. М. МАРГОРИН

ОСТЕОМИЭЛИТЫ ЧЕРЕПА ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Опыт Отечественной войны показал, что современные огнестрельные ранения черепа довольно часто осложняются гнойным воспалением костной ткани, развитие которого является одной из главных причин длительного пребывания раненых в госпиталях и появления у них грозных заболеваний головного мозга и его оболочек. Однако наши знания в этом вопросе остаются пока явно недостаточными, что ведет к не всегда точной и своевременной диагностике, а вместе с тем и хирургическому лечению указанных осложнений. За исключением отдельных сообщений (Поленов, Орловский, Шефер и др.) наша хирургическая литература почти не располагает исследованиями по этому важному разделу военных поражений черепа.

Работая с начала войны в нейрохирургических отделениях госпиталей армейского и фронтового района, пропустивших более 5 000 раненных в голову, мы накопили значительный опыт по изучению остеомиэлитов черепа, который и послужил основой настоящего сообщения.

Клинические наблюдения показывают, что все виды гнойного воспаления костной ткани черепа, развившегося после огнестрельных ранений, разделяются на две основные группы: 1) нагноение костей черепа и 2) нагноение костных осколков.

Первые могут быть отнесены к истинным остеомиэлитам, при которых вторично инфицируется костный мозг диплоэтического слоя с последующим гнойным воспалением черепной кости и образованием типичных пластинчатых секвестров. <

Вторые, наоборот, представляют собой первичное поражение преимущественно уже готовых свободно лежащих костных осколков — будущих ложных секвестров, образовавшихся в момент самого ранения. Эти так называемые „огнестрельные остеомиэлиты осколков", или „секвестрирующиеся костные осколки", резко отличаются от первой группы воспалительных процессов черепа своим патогенезом, течением и исходом.

Нагноение костей череда встречается редко и осложняет главным образом легкие ранения головы, сопровождавшиеся повреждением мягких тканей черепа или незначительным нарушением наружной костной пластинки в виде небольших ее трещин (без образования костных осколков). Нагноение же костных осколков наблюдается часто и сопутствует более тяжелым оскольчатым переломам свода черепа при непроникающих и проникающих ранениях. При этом происходит по существу лишь ложная секвестрация (гнойное расплавление) уже образованных и мертвых костных отломков, лишенных всякой связи с остальными костями свода черепа. Новые же истинные секвестры возникают как исключение и только при одновременном развитии остеомиэлита краев костного дефекта, иначе говоря там, где имеется сочетание обеих рассматриваемых форм.

В настоящем сообщении представлены материалы о значительно менее изученных остеомиэлитах черепа.

Остеомиэлиты черепа при ранениях мягких покровов. Гнойное заболевание плоских костей черепа как последствие огнестрельных повреждений мягких тканей головы наблюдается главным образом при касательных ранениях, сопровождающихся потерей значительных участков покровов и обнажением поверхности кости (лоскутные, зияющие раны). Иногда они встречаются в результате неправильной хирургической обработки раны с овальными разрезами и щедрым иссечением мягких покровов, включая надкостницу. Потеря последней неминуемо влечет за собой расстройство питания наружной костной пластинки, кровоснабжение которой осуществляется преимущественно сосудами мягких тканей черепа.

Опыт показывает, что если участок оголенной кости более или менее значителен и кость на протяжении 1 — 2 недель остается в ране открытой, то в результате расстройства кровоснабжения и высыхания поверхности кости наступает асептический некроз верхней части кортикального слоя. Затем к измененному участку наружной пластинки присоединяется инфекция, всегда имеющаяся в ране, и развивается гнойное воспаление кости.

Дальнейшее течение осложнения может быть различным. Инфекция или поражает преимущественно поверхностный слой кости, почти не проникает в спонгиозное вещество и заметно не вовлекает костный мозг, и тогда развивается наружный, кортикальный остеомиэлит черепа, или же инфекционное начало проникает в толщу кости, заражает костный мозг и вызывает картину выраженного остеомиэлита черепа с образованием крупного центрального секвестра. Последняя форма в отличие от первой названа нами условно глубоким остеомиэлитом черепа. Клиническое течение этих форм и их исходы различны.

Наружные остеомиэлиты черепа. Кортикальные остеомиэлиты черепа относятся к самой легкой и благоприятной форме рассматриваемого заболевания, но вместе с тем, ввиду вялого, хронического течения, они являются причиной долго не заживающих свищей, которые на длительное время выводят из строя легко раненных в мягкие покровы головы. Наблюдаются они сравнительно редко (по нашим данным, в 2 — 3% случаев).

Распознать кортикальный остеомиэлит черепа нетрудно. К моменту развития процесса (в среднем через 3 — 4 недели после ранения) имеется обычно вяло гранулирующая рана с умеренным гнойным отделяемым. На дне ее иногда можно видеть обнаженную и гиперемированную поверхность кости, которая при исследовании представляется несколько разрыхленной. В части случаев к указанному сроку появляется уже молодой рубец с центральным свищом, при зондировании которого на кости определяется шероховатость. Свищ бывает

прикрыт грибовидными грануляциями, всегда выступающими над уровнем кожи.

Кортикальный остеомиэлит черепа сопровождается приблизительно в половине случаев образованием мелких чешуйчатых секвестров. Последние представляют собой очень тонкие и легкие белые или желтоватые костные пластинки с мелко изъеденными острыми краями и состоят из поверхностного слоя коркового вещества. Они имеют удлиненную форму; длина их редко бывает больше 1 см, ширина — 0,3 — 0,5 см, толщина-—около 0,1 см. Эти секвестры настолько тонки, что просвечивают и при высыхании изгибаются. Они никогда не захватывают всю толщу наружной пластинки. -

В отдельных случаях секвестры могут выделиться самопроизвольно, но чаще их приходится обнаруживать и удалять оперативно.

Только прицельные и притом удачно исполненные рентгенограммы могут выявить незначительные изменения, состоящие в нечеткости контуров наружной костной пластинки, некоторой разреженности подлежащего участка губчатого слоя и иногда наличия мельчайших свободно лежащих секвестров.

Кортикальные остеомиэлиты черепа протекают доброкачественно и не сопровождаются общей реакцией организма. Температура тела, состав белой крови, РОЭ остаются нормальными. Со стороны центральной нервной системы никаких нарушений не наблюдается. В ряде случаев в той или иной степени отмечаются явления коммоционно-контузионного синдрома, вызванного самим ранением. Жалобы или вовсе отсутствуют, или указывают на незначительные головные боли без определенной локализации. Такие раненые — практически здоровые люди, задерживающиеся в госпиталях из-за незаживающей раны.

Данное осложнение, как отмечалось выше, характеризуется хроническим течением. Самопроизвольное излечение наступает редко. У нас были раненые, у которых периодически закрывавшийся и вновь открывавшийся точечный св1щ оставался месяцами.

Лечение кортикального остеомиэлита черепа—хирургическое. Практически каждая рана мягких тканей головы, не заживающая долее 2—3 недель после ранения, должна быть подвергнута иссечению и ревизии кости с последующим наложением глухого шва.

Операция должна быть радикальной и состоять в тщательном удалении всего пораженного очага кости до внутренней стекловидной пластинки. Опыт показывает, что,, хотя вскрытое диплоэтическое вещество и кажется при осмотре здоровым, нельзя ограничиваться очисткой только наружных участков кортикального слоя, так как очень часто наступают рецидивы заболевания, требующие повторных вмешательств. Мы встречали раненых, которым делалось по 3—4 операции и у которых все же оставался упорный свищ, потому что при операции не убирался весь инфицированный участок кости. Только полное удаление пораженной наружной костной пластинки и подлежащето диплоэтического слоя может обеспечить ликвидацию остеомиэлитического очага. Если же внутренняя костная пластинка окажется разрыхленной, трепанационное отверстие надо продолжить до конца и обследовать эпидуральное пространство.

Образовавшийся костный дефект мы всегда выполняем стрептоцидом и придаем этой процедуре большое практическое значение. Операцию следует оканчивать наложением глухого шва на покровы черепа.

Исходы хирургических вмешательств надо признать вполне удовлетворительными. Обычно удается полностью прекратить воспалительный процесс и добиться стойкого заживления раны.

Раненый А. (история болезни № 2433). 23.VIII.1944 г. получил касательное оскольчатое ранение мягких тканей межтеменной области. Через сутки поступил в XIIIГ

где произведено иссечение раны и осмотр кости, которая оказалась неповрежденной. Контрольная рентгенография черепа также показала отсутствие костных повреждений

В нейрохирургическое отделение нашего ЭГ раненый прибыл 19.1Х в хорошем состоянии с жалобами на незначительные и непостоянные головные боли без определенной локализации.

При обследовании: в межтеменной области косо расположенная гранулирующая рана мягких покровов 5х2 см с умеренным гнойным отделяемым. На дне раны виден в центре маленький участок поверхности кости. Со стороны центральной нервной систем 1.1, а равно глазного дна, состава крови и ликвора никаких отклонений не обнаружено; температура тела все время нормальная. Рентгенография черепа (1.Х) обнаружила в левой теменной области, вблизи стреловидного шва, две тончайшие, „тающие" костные пластинки, отделившиеся от кортикального слоя, и небольшое просветление подлежащего участка диплоэтического вещества. ,

Операция кортикального остеомиэлита левой теменной кости 7.Х (через 6 недель после ранения). На 1 см от сагиттального шва обнаружены и удалены два свободно лежащих очень тонких пластинчатых секвестра поверхностного слоя наружной костной пластинки, каждый длиной до 1 см. Удаление нежных грануляций у* секвестрального ложа вместе с подлежащим участком диплоэ до внутренней костной пластинки, оказавшейся неизмененной. После частичной трепанации образовавшийся костный дефект ладьевидной формы размером 2 >] см засыпан белым стрептоцидом. Сближающие швы на кожу. Гладкое послеоперационное течение. Постепенное заживление раны, которая через 3 недели полностью закрылась. 15.Х1 раненый выписан в часть.

Глубокие остеома э литы черепа. Редким, но более тяжелым последствием огнестрельного ранения мягких покровов головы является глубокий остеомиэлит черепа, встречающийся по нашим данным в 1—*2%* случаев. На 611 случаев указанных ранений, прошедших за последние 4 месяца через наше отделение, они были отмечены только 9 раз. Это осложнение наблюдается преимущественно при ранах с большим дефектом мягких покровов и обнажением кости.

Оголенный участок кости через изведгный промежуток времени почти неминуемо подвергается вторичной инфекции, и, если она проникает вглубь кости, развивается картина глубокого остеомиэлита черепа. По своему происхождению и течению последняя форма воспаления имеет много общего с инфекционными и гематогенными остеомиэлитами черепа, встречающимися в практике мирного времени.

Проникновение раневой инфекции в толщу неповрежденных снаружи костей черепа происходит, повидимому, через кровеносные сосуды, главным образом венозные. Процесс начинается, вероятно, **с** тромбофлебита поверхностных вен или непосредствено уу. епйззайа **и** достигает по ним многочисленных костных каналов—уу. с!1р1оё. Этим путем инфекция проникает в губчатый слой, заражает костный мозг, и образуется первичный гнойный очаг. Дальнейшее распространение процесса происходит главным образом по периферии, т. е. по ходу многочисленных уу. <11р1оё. Тромбоз указанных сосудов окончательно выключает уже нарушенное ранее питание оголенного участка наружной костной пластинки, что ведет к ее омертвению. Происходит довольно быстрое отграничение пораженной кости от здоровых отделов. Разрастающиеся внутри кости грануляции разрушают наружную костную пластинку в области демаркационной линии, выходят наружу и,, таким образом, полностью отделяют ее.

Наличие крупных секвестров является типичным для рассматриваемых остеомиэлитов черепа. Как правило, образуется только один секвестр, который, в противоположность секвестрам при кортикальном остеомиэлите черепа, бывает более значительных размеров: до 4—5 см длины, 2—3 см ширины, 0,2—0,3 см толщины. Секвестры состоят из всей толщи коркового слоя и большей части губчатого. Величина омертвевшего участка наружной пластинки находится в известной связи с толщиной кости. В области тонких участков черепа (например, чешуи височной кости) размеры его меньше, чем в области толстых частей черепа.

Форма секвестров—пластинчатая, чешуйчатая, обычно удлиненная,

приближающаяся к овалу; края острые, зазубренные; наружная поверхность чаще гладкая, и на ней иногда видны явственные отверстия—эмиссарии; внутренняя—всегда характерно изъеденная, вследствие лакунарного расплавления кости. Секвестры эти хрупкие и легкие, белого или желтоватого цвета от пропитывания гноем (рис. 1).

На черепе секвестральной капсулы не образуется, а только секвестральное ложе, обычно ладьевидной формы, дно которого состоит из внутренней костной пластинки, в той или иной степени измененной, и выстлано нежной грануляционной тканью. Последняя может достигать в толщину 1 см, и отделившийся секвестр как бы покоится на мягкой подушке.

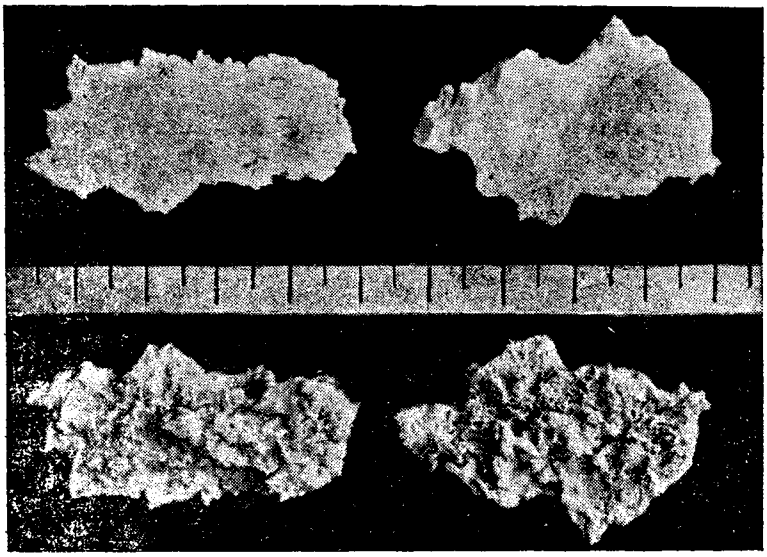


Рис. 1

Корковый слой кости страдает прежде всего, внутренняя стекловидная пластинка поражается в последнюю очередь и всегда в меньшей степени, вероятно, потому, что кровоснабжение ее осуществляется преимущественно сосудами твердой мозговой облочки. Однако в далеко зашедших случаях могут образоваться дополнительно и секвестры внутренней костной пластинки, что наблюдалось у некоторых наших раненых. Эти параллельно располагающиеся один над другим секвестры обеих пластинок, удачно названные „двухэтажным секвестром", представляют очень интересный вид омертвения кости, встречающийся, повидимому, только на черепе. Нижний секвестр своей формой напоминает верхний, но бывает меньших размеров и может состоять из 2—3 частей; обе его поверхности шероховатые.

Как видно на схеме рис. 2, секвестр внутренней костной пластинки, так же как и наружной, покоится на грануляциях, развивающихся на твердой мозговой оболочке. Двухэтажный секвестр нередко сочетается с наличием экстрадурального абсцесса и является поэтому наиболее опасной формой рассматриваемого остеомиэлита черепа.

Следует отметить примечательный факт, наблюдающийся при остеомиэлите черепа: включение в состав секвестра костного шва. При расположении раны в межтеменной области омертвевший участок кости йасто захватывает обе теменные кости вместе с отрезком стреловидного шва между ними, и последний отчетливо выступает на поверхности секвестра (рис. 2). Это наглядно показывает, что костный шов не

•является препятствием к переходу воспалительного процесса с одной кости на другую.

Далее, необходимо подчеркнуть обычную локализацию очагов гнойного заболевания костей черепа. Клиника гематогенного остеомиэлита трубчатых костей показывает существование несомненной связи остеомиэлитического процесса с особенностями кровоснабжения различных отделов кости. Известно, что воспалительные очаги развиваются преимущественно в метафизах длинных костей, т. е. в местах, особенно богатых сосудами. Подобная связь отмечается и на костях черепа, частота поражения которых остеомиэлитом в различных отделах неодинакова (рис. 2).

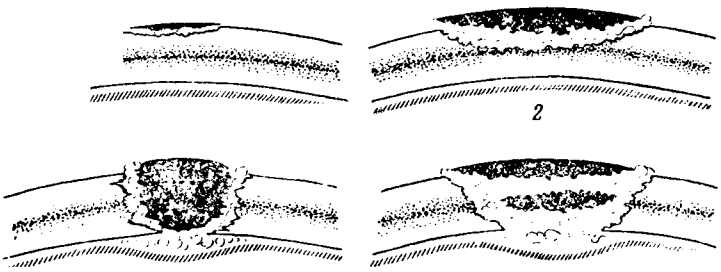


Рис. 2. Схема образования секвестров

Наш клинический материал убедительно доказывает, что там, где губчатое вещество наиболее хорошо выражено, где много развитых уу. еш1ззаг1а и каналов с11р1оё, чаще возникает при прочих равных условиях остеомиэлитический фокус. Большая часть (65%) наблюдавшихся у нас случаев остеомиэлита черепа падает на ранения межтеменной области и задне-наружных квадрантов теменных костей (районы теменных бугр.ов), т. е. на отделы свода, особенно богатые выраженными костными сосудами. По частоте поражений остеомиэлитом различных костей свода черепа на первом месте стоит теменная кость, затем лобная, затылочная и височная.

У молодых людей это осложнение встречается чаще, чем у пожилых, и большинство наших случаев приходится на раненых до 25-летнего возраста. *У* пожилых обычно развивается кортикальный остеомиэлит черепа, оперируя который, мы неоднократно убеждались в слабом развитии у них, точнее в запустении диплоэтического слоя. Создавалось впечатление, что наружная костная пластинка непосредственно переходит во внутреннюю.

Частота поражения черепа остеомиэлитом находится, повидимому, также в связи с индивидуальными различиями в строении костных сосудов. Известно, что в одних крайних случаях уу. еш188аг1а и <11р1оё бывают хорошо выражены, их количество и величина достигают большой степени развития, в других, наоборот, число и размеры ^их незначительны.

При огнестрельных ранениях мягких тканей черепа наблюдается ограниченная форма остемиоэлита; распространенная, или так называемая ползучая, форма встречается как исключение. Объяснить это можно особенностями строения костных сосудов, в частности, венозных, заложенных в губчатом слое. Обилие последних способствует, повидимому, не только быстрому развитию инфекции, но и быстрому отграничению гнойного очага.

Практически, однако, остеомиэлит черепа после ранения мягких тканей головы встречается редко. Наблюдения показывают, что, поми-

мо общих факторов, способствующих проявлению инфекции, для развития гнойного процесса в костях черепа необходимо еще известное сочетание ряда местных благоприятных моментов, к которым относятся прежде всего: 1) обнажение более или менее значительного участка кости на протяжении 1—2 недель и вызванное этим расстройство питания наружной пластинки; 2) наличие в области раны развитых костных сосудов, особенно чу. ет18заг1а, являющихся готовыми путями внедрения инфекции; 3) ушиб кости в момент ранения, сопровождающийся кровоизлияниями в губчатый слой.

Рис. з,

Клиника рассматриваемой формы огнестрельных остеомиэлитов черепа характеризуется в общем доброкачественным течением, в котором можно наметить следующие три стадии: подготовительную, острую и хроническую.

Подготовительная стадия характеризуется расстройством питания оголенного участка наружной костной пластинки, вследствие лишения ее надкостницы. Это период постепенного проникновения инфекции в толщу черепной кости, появления процессов тромбоза венозных сосудов. Начинается он с момента ранения и продолжается, в зависимости от размеров дефекта мягких тканей черепа, и различного сочетания других местных способствующих факторов, от нескольких дней до нескольких недель. Иногда глубокий остеомиэлит развивается спустя 2—3 месяца после ранения, а вначале ему предшествует кортикальный процесс.. В'этой первой стадии имеется обычно гранулирующая рана с умеренным гнойным отделяемым, в центре которой виден обнаженный участок неповрежденной кости черепа (рис. 3). Последняя отличается от здоровых отделов своим несколько более 'белым цветом. Жалоб эти легко раненые не предъявляют, если у них не развились коммоционно-контузионные явления, вызванные ранением. В последнем случае могут иметь место общемозговые и очаговые симптомы.

Острая стадия характеризуется появлением внутри кости гнойного очага с последующим отграничением и омертвением пораженного участка. Длительность этого периода колеблется от 2 до 4 недель- Практическое значение имеют сроки, потребные на полную секве' страцию наружной костной пластинки. Наблюдения за раной и многократные рентгеновские^ снимки черепа показывают, что от момент-расплавления в каком-либо месте кортикального слоя кости, т. е. от начала появления демаркационной линии до полного отделения секвестра, проходит в среднем от 10 до 15 дней. Наибольшее время отмечается при остеомиэлите толстых отделов свода черепа (теменная, лобная кости), наименьшее—при поражении тонких (чешуя височной кости).

Местно со стороны, раны наблюдаются характерные изменения: появляются пышные, яркокрасного цвета грануляции, которые широким кольцом опоясывают рану и почти полностью покрывают оголенную кость. Они нависают над костью, не связаны с ней и легко приподнимаются. Кость вначале имеет вид воспаленной; она розового цвета, и на ее поверхности видны мелкие кровяные точки в местах вы-

хода костных сосудов. Однако вскоре, по мере секвестрации кости, поверхность ее снова бледнеет и затем принимает желтоватый, восковой оттенок.

При разведении краев такой раны по периферии обнаженного участка кости можно увидеть или -нащупать зондом очень характерную, еще прерывистую демаркационную линию, которая местами намечает границы будущего секвестра. Через эту тонкую с мелко изъеденными краями костную щель выступает красный гребешок грануляций, исходящих из диплоэтического слоя, постепенно отграничивающий омертвевающий участок наружной пластинки от здоровой кости.

Начало секвестрации кости сопровождается значительным увеличением гнойного отделяемого, которое бывает так обильно, что вынуждает ежедневно перевязывать рану.

Несмотря на это, общих признаков проявления инфекции, как правило, не бывает, что резко отличает гнойное воспаление костей черепа от подобного заболевания трубчатых костей. Процесс носит преимущественно местный характер, самочувствие и общее состояние раненых заметно не ухудшаются; температура тела, состав крови, РОЭ остаются обычно нормальными. Изредка отмечается небольшой лейкоцитоз в крови. Со стороны центральной нервной системы каких-либо дополнительных расстройств также не отмечается. Появляется лишь чувство зуда в области раны и местная болезненность при постукивании по своду черепа.

Хроническая стадия начинается с момента отделения костного секвестра и может продолжаться месяцами, обычно до тех пор, пока прорресс не прекращается активным хирургическим вмешательством. Образовавшийся секвестр поддерживает длительное нагноение и является источником незаживающей рань^ и последующих осложнений (экстрадуральный абсцесс).

Клиническое течение этого периода остеомиэлита черепа, так же как и предыдущих, проявляется местными реакциями. Вид раны снова изменяется, количество гнойного отделяемого резко сокращается. Обильные грануляции постепенно уменьшаются и могут даже вовсе исчезнуть, эпителизация краев раны и ее заживление прекращаются. Она принимает округлую форму и застывает в своих размерах. Ее истонченные и синюшные края как бы натянуты в виде паруса над обнаженным участком мертвой кости. Края такой раны всегда подвижны и свободно приподнимаются от кости иногда на 1—2 см по ее окружности, что косвенно указывает на наличие секвестра. Однако размеры последнего больше величины раны, и увидеть его целиком при этом не удается. По этой же причине самопроизвольное отхождение крупных секвестров обычно не наблюдается. При надавливании на кость часто ощущается подвижность секвестра (кость „пружинит"), а из-под краев раны появляется новая порция гноя.

Таким образом, основное отличие клиники остеомиэлита черепа состоит в наличии преимущественно местных изменений со стороны раны и отсутствии общих реакций организма на внедрившуюся инфекцию, если не развиваются вторичные осложнения. Последние могут наступить в хронической и острой стадии в виде ограниченного наружного пахименингита и экстрадурального абсцесса.

Другие осложнения, как-то: лептоменингит, абсцесс мозга, тромбоз синусов, встречаются крайне редко. У нас наблюдался только один раз абсцесс мозга.

Диагностика остеомиэлита черепа трудностей не представляет. В основе ее лежит тщательное наблюдение за раной мягких покровов головы и теми изменениями, которые она претерпевает.

Практически каждая рана ;мягких тканей черепа, на дне которой

видна оголенная кость, должна считаться подозрительной на остеомиелит и подлежать ревизии, особенно когда рана располагается по ходу костных швов, где при прочих равных условиях это осложнение наблюдается значительно чаще.

Признаки различных стадий остеомиэлита описаны выше.

Важным подсобным диагностическим методом является рентгенография черепа, помогающая установить границы и степень поражения кости. На хороших серийных прицельных снимках, произведенных через определенный промежуток времени (через 3 — 5 дней), иногда 'удается проследить основные моменты секвестрации кости, начиная от появления участков демаркационной линии и кончая полным отделением омертвевшей кости. При помощи рентгена можно заранее уточнить размеры образовавшегося костного дефекта (секвестрального ложа) и его глубину, что имеет большое практическое значение.

В ряде случаев удается выявить вид и величину самого секвестра, состоит ли последний из кортикального слоя или одновременно имеется отторжение внутренней пластинки (двухэтажный секвестр).

Однако ранние остеомиэлитические изменения черепа уловить очень трудно, и рентгеновский метод применим главным образом в последней стадии процесса. Начальные проявления остеомиэлита черепа состоят в возникновении небольшого очага разрежениядиплоэтического слоя кости. В дальнейшем на боковых снимках обнаруживаются две вертикальноидущие через наружную костную пластинку параллельные линии просветления, намечающие границы будущего секвестра. При полном отделении омертвевшего участка кости обычно бывает виден свободно , лежащий секвестр, наружная поверхность которого несколько выстоит над остальным уровнем свода черепа. В этих случаях иногда отмечается нечеткость контуров внутренней костной пластинки и секвестрирующиеся костные островки, расположенные над твердой мозговой оболочкой или приподнятые на уровень диплоэтического слоя. При перпендикулярном ходе лучей к пораженному участку свода черепа на рентгенограмме обнаруживается характерное замкнутое кольцо просветления кости, большей или меньшей ширины, отображающее щель между секвестром и здоровой костью, т. е. полосу демаркации.

Данные рентгенографии имеют диагностическое значение лишь при положительном результате, и ненахождение изменений не доказывает отсутствия остеомиэлитического очага.

Известное значение имеют результаты неврологического обследования, главным образом для распознавания перехода гнойного воспаления на твердую мозговую оболочку и развития последующих осложнений. То же относится к исследованию белой крови, РОЭ и церебро-спинальной жидкости. В частности, усиление общемозговых симптомов, появление оболочечных симптомов, наряду с гиперлейкоцитозом, всегда указывают на возникновение пахименингита.

Лечение остеомиэлитов черепа чисто хирургическое и должно следовать за установлением диагноза. Оно состоит в тщательном удалении всего пораженного очага кости и, в ревизии подлежащего участка твердой мозговой оболочки. Только в подготовительной стадии процесса, в первые 7 —10 суток после ранения, можно освежение края раны ограничить закрытием дефекта мягких покровов черепа вторичным швом. С этой целью приходится иногда производить дополнительные послабляющие боковые разрезы кожи, которые не должны проникать глубже апоневроза и повреждать надкостницу. Данная операция имеет целью закрытие обнаженного участка кости и является по существу профилактической. При больших и круглых ранах надо применять раннюю пластику кожей на ножке, взятой по соседству от раны.

Если не удается прикрыть тканями оголенный участок кости, необ-

ходимо принять меры, предохраняющие кость от высыхания. С этой целью можно залить рану смесью, состоящей из равных количеств амбрина и ланолина с небольшим прибавлением порошка белого стрептоцида. Подогретая до 40° смесь в жидком виде выливается в рану и образует хорошо держащуюся парафиновую корку, которая изолирует кость от вредного влияния воздуха.

В острой стадии остеомиэлита черепа, когда секвестра еще нет и только намечается демаркационная линия, операцию удобнее начинать с нанесения послойного трепанационного отверстия в центре обнаженной кости с последующим расширением его в стороны. Удалив разрыхленную наружную пластинку, обнажают измененное, проросшее грануляциями губчатое вещество. При этом появляется кровотечение, а фреза перестает встречать сопротивление. Дальнейшее удаление пораженных слоев кости (кортикального и диплоэтического) удобно производить острой ложечкой или долотом Воячека, применяемым в ушной практике. Пользоваться для этого кусачками Люэра неудобно.

Весь участок кости, проросший грануляциями, удаляется вместе с последними в пределах здоровой ткани. Практически приходится убирать довольно значительную площадь кости, равную нескольким сантиметрам. В результате образуется ладьевидной формы дефект, дном которого является внутренняя костная пластинка. Если последняя изменена (разрыхлена и не белого цвета), в центре ее следует нанести маленькое диагностическое отверстие и обследовать эпидуральное пространство. В случае наличия экстрадурального процесса отверстие расширяется почти до пределов остальной костной раны и удаляются грануляции с твердой мозговой оболочки.

В третьей, хронической, стадии остеомиэлита черепа с полным отторжением омертвевшего участка кости операция представляет собой типичную секвестрэктомию, состоящую из трех моментов: 1) удаление секвестра, 2) удаление пораженного очага кости и 3) обязательная ревизия эпидурального пространства.

Операция начинается с широкого обнажения остеомиэлитичеекого очага дополнительными разрезамц раны. При этом открывается весьма характерная картина: становится видным костный секвестр, свободно покоящийся на пышных грануляциях, которые приподнимают его над уровнем здоровой кости на 0,5 — 1 см. Секвестр легко снимается пинцетом, и обнажается красная, округлая шапка грануляций, выступающая из костного дефекта — секвестрального ложа. В противоположность грануляциям мягких тканей в ране, которые в хронической стадии постепенно исчезают, грануляции, произрастающие из внутрикостных сосудов, достигают в это время наибольшего развития и выталкивают мертвый участок кости наружу. Эти кровоточащие грануляции тщательно выскабливают острой ложечкой, после чего обнажается секвестральное ложе с изъеденными краями, границы которого приблизительно на 0,5 см больше секвестра. При этом иногда обнаруживается и второй, меньший, секвестр внутренней костной пластинки.

Удаление пораженного очага кости, т. е. секвестрального ложа, представляет самый важный момент ^операции, от тщательности выполнения которого зависит радикальность вмешательства и его исход. Хирургическая дезинфекция кости должна быть полной. Все измененные слои подлежат удалению в пределах здоровой ткани. Наши наблюдения показывают, что окружность костного дефекта, всегда пораженную в той или иной мере краевым остеомиэлитом, нужно скусить до 1 см. Если же не обнаруживается здоровой кости, то границы иссечения увеличивают. В частности, участки губчатого вещества, проросшие грануляциями, следует убрать обязательно. На поражение кости гнойным процессом указывает также разрыхление ее слоев: кусачки почти не встречают Препятствия, и кость не отрезается ими, а как

бы отдавливается. Изъеденный и разрыхленный участок внутренней костной пластинки, расположенный в центре секвестрального ложа, подлежит удалению. При этом над твердой мозговой оболочкой часто обнаруживаются развивающиеся грануляции, которые также тщательно соскабливают. Секвестрэктомия оканчивается введением в костную рану стрептоцида и наложением сближающих швов на покровы черепа.

Исходы хирургического лечения остеомиэлита черепа, проведенного по радикальному плану, в общем удовлетворительны. Выздоровление с полным заживлением раны, по нашим данным, наблюдается в 75 — 80 %. В остальных случаях наступает рецидив заболевания, требующий повторных операций. У нас не имеется материалов, касающихся отдаленных результатов хирургического лечения. Весьма возможно, что при учете их процент полного выздоровления окажется ниже полученного нами. Заживление послеоперационных ран протекает обычно вторичным натяжением, часто с нагноением и очень медленно (в среднем в течение 1 — Р/« месяцев).

Остеомиэлиты черепа при повреждении наружной костной пластинки. Гнойное воспаление костей свода черепа развивается чаще, если ранение мягких тканей головы сочетается с повреждением наружной костной пластинки. Здесь также отмечаются поверхностные и глубокие остеомиэлиты. Первые наблюдаются обычно при повреждении только верхних слоев наружной пластинки, не проникающем в губчатое вещество. Вторые чаще встречаются при повреждениях, распространяющихся на всю толщу наружной пластинки со вскрытием диплоэтического слоя. Последние ранения осложняются глубоким остеомиэлитом черепа приблизительно в 4% случаев. •

При сквозном нарушении целости наружной костной пластинки создаются более благоприятные условия для развития воспалительного процесса кости. Вместе с частицами земли, волос или одежды инфекция через трещину проникает непосредственно в губчатое вещество и заражает костный мозг. Возникновению остеомиэлитического очага способствует в этих случаях постоянное наличие внутрикостной гематомы, вызванной ушибом кости в момент ранения. Заболевание кости развивается быстрее, чем при ранении мягких покровов. Подготовительный период резко сокращается и может вовсе отсутствовать, и процесс начинается сразу с острой стадии.

В дополнение к ранее описанным видам секвестров черепа здесь наблюдается новая их разновидность, характеризующаяся включением в состав омертвевшего участка кости всех ее слоев, т. е. наружной и внутренней пластинок с заключенным между ними диплоэ. Эти сквозные или тотальные секвестры черепа, отмеченные у нас в нескольких случаях, имели удлиненную форму и достигали значительных • размеров. Их происхождение объясняется, может быть, тем, что ранения наружной костной пластинки нередко сопровождаются одновременным растрескиванием внутренней пластинки, что облегчает формирование полного секвестра. При этом трещина наружной костной пластинки в дальнейшем может оказаться расположенной в центре секвестра или включается в полосу демаркации. Дном секвестрального ложа в таких случаях является твердая мозговая оболочка, покрытая грануляциями, что клинически сопровождается явлениями наружного пахименингита. #

Остеомиэлитический процесс в ряде случаев может не сопровождаться образованием секвестров. Гнойный очаг через трещину имеет постоянный отток содержимого наружу, и диплоэтическое вещество поражается по периферии на небольшом протяжении. Распознать эту форму заболевания помогает красный гребешок грануляций, выступающий из кости через трещину, и выделения из нее гноя при осторожном надавливании на кость рядом с дефектом.

В остальном течение остеомиэлита, его распознавание и хирургическое лечение существенно не отличаются от такового при ранении мягких тканей головы.

4 Что касается остеомиэлита черепа при вдавленных переломах наружной костной пластинки с образованием неподвижных отломков кости, то этот вопрос относится скорее к остеомиэлитам костных осколков. В этих случаях могут наблюдаться не только нагноения костных отломков, но и нагноения костей черепа. Иногда костные отломки не подвергаются заметному гнойному расплавлению, а развивается типичный глубокий остеомиэлит черепа с образованием крупного секвестра, в центре которого определяется вдавленный участок кости.

* *

Рассматривая наш клинический материал в целом, нельзя не притти к выводу, что остеомиэлиты черепа в большинстве случаев являются результатом отсутствия первичной хирургической обработки раны или неправильного ее производства. При надлежащей и ранней операции на мягких тканях и наружной костной пластинке с обязательным закрытием образовавшегося дефекта покровов черепа мы не имели бы этих осложнений, превращающих иногда легко раненых в тяжело больных людей.

Оставление неприкрытого участка кости, обреченного в дальнейшем йочти на верную гибель, является грубой хирургической ошибкой. Вместе с тем при известной настойчивости обычно всегда удается добиться сближения краев раны. Иногда приходится прибегать к пластическим операциям. В отдельных случаях можно временно закрыть поверхность кости и предохранить ее от высыхания тонким слоем парафина в смеси с ланолином. Особенно необходимо бережное отношение к надкостнице; иссечение ран следует делать не сразу до кости, а обязательно послойно.

При операции наложения вторичных швов на покровы черепа надо хорошо осмотреть кость и тщательно очистить все мелкие повреждения наружной пластинки. Нам приходилось видеть раненых, неоднократно и без успеха оперированных по поводу наложения вторичных швов только потому, что у них просматривались и не обрабатывались незначительные и неопасные на первый взгляд нарушения черепной кости.

Особо внимательным надо быть при расположении раны в области костного шва. Инфекция может внедриться в едва заметные щели между костями черепа и длительное время поддерживать нагноение. При ревизии таких свищей по ходу костного шва обнаруживаются нежные грануляции и разрыхление краев соединяющихся костей. Этот интересный вид локализации инфекции, который можно назвать „сутуритом черепа“, представляет, вероятно, своеобразное проявление остеомиэлитического процесса.

В заключение надо признать, что плоские кости черепа являются весьма устойчивыми к гнойной инфекции и поражаются остеомиэлитом относительно редко. В частности, при огнестрельных переломах черепа (непроникающих и проникающих) в огромном большинстве случаев имеется лишь нагноение костных осколков, которое дает кажущуюся картину воспаления кости.

Так называемый краевой остеомиэлит черепа наблюдается очень редко и чаще тогда, когда в ране виден оголенный край костного дефекта, который и подвергается секвестрации. При этом обычно заболевает небольшой участок кости. За все время работы нам встретились только 3 случая распространенного ползучего остеомиэлита с гнойным пропитыванием обширных отделов свода черепа.

Майор мед. службы А. М. ЛОГИНОВ

ЛЕЧЕНИЕ РАН УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫМИ ЛУЧАМИ

Известно, что при рационально дозированном применении ультрафиолетовых лучей, действующих на рану, ускоряются процессы грануляции и эпителизации и сокращаются сроки заживления.

Применение гиперэритемных доз ультрафиолетовых лучей при лечении раны вызывает глубокую, стойкую гиперемию, усиливает образование раневого отделяемого, способствует образованию раневого барьера, ускоряет ферментативные процессы, снижает чувствительность нервных окончаний, создает покой в ране (Рахманов).

В результате облучения на месте воздействия появляются продукты распада белка, гистаминоподобные вещества. Эти продукты, всасываясь и разносясь током крови, производят также и отдаленное действие на поврежденные ткани. Они же являются мощными раздражителями нервных рецепторов в коже и оказывают рефлекторное действие по симпатическим и рефлекторным дугам. На раневую флору ультрафиолетовые лучи действуют бактериостатически, что подтверждено многими как экспериментальными, так и клиническими наблюдениями.

В задачу физиотерапевта не входит добиваться полного уничтожения микробов в ране, да это практически и невыполнимо. Однако применение интенсивных доз вызывает сразу же уменьшение числа колоний. С другой стороны, неправильная дозировка, т. е. применение малых доз продолжительное время, способствует развитию резистентных к ультрафиолетовым лучам микробов.

О действии этих лучей на бактерии говорит следующий эксперимент: у красноармейца У. взяты мазки из гнойной раны, давшие рост: гемолитического стрептококка — 520 колоний, золотистого стафилококка —11 колоний, грамположительной палочки — 4 колонии. Посев после местного облучения раны в течение 8 минут при отстоянии горелки на 30 см дал рост: гемолитического стрептококка — 87 колоний, золотистого стафилококка — 4 колонии, грамположительной палочки — 2 колонии. Болеутоляющее действие ультрафиолетовых лучей при соответствующей дозировке часто имеет решающее значение в смысле улучшения состояния больного. В практике военного времени нередко недоучитывалось это замечательное свойство ультрафиолетовых лучей. А ведь военному врачу десятки и сотни раз приходилось встречаться с болевым синдромом у больных как в ранней стадии (еще при гнойной ране) за счет ирритации нервных проводников, так и в стадии рубцевания за счет сдавления и вовлечения в рубцовый процесс нервных элементов.

Из приводимых ниже примеров видно, как энергичное воздействие интенсивных доз ультрафиолетовых лучей резко изменяло картину болезненного процесса, благотворно влияя и местно, и на весь организм.

1. Красноармеец О. поступил в госпиталь 21.III.1942 г. с жалобой на боль жгучего, стреляющего характера в области подошвы правой стопы. Из-за болей — бессонница и потеря аппетита. Ранен 27.11.1942 г. пулей- в область правого бедра. Три раны размерами 11X3 см, 5 X 5 см, 6X2,5 см. От сквозного ранения мягких тканей бедра две раны: входное и выходное отверстие. Третья рана — разрез вследствие развившейся флегмоны бедра. Раны с обильным количеством очень вонючего зеленоватого гноя. В гное обнаружен гемолитический стрептококк. Стопа свисает, активных движений в ней не отмечается. Рефлекс с ахиллова сухожилия не вызывается. Иссечение кожи подошвы острием сопровождается лишь неприятным ощущением.

Из истории болезни видно, что больной был обследован невропатологом, но физиотерапия ему не назначена. Были рекомендованы лишь пантопон, пирамидон, фиксирующая шина.

По поступлении в наш госпиталь температура держится в пределах 38 — 39°. После обследования сразу же назначены гиперэритемные дозы ультрафиолетовых лучей. 22.III — ультрафиолетовое облучение ран. Отпущено 4 биодозы. 24.III— спал хорошо. Появился аппетит. Облучение ран повторно — 4 биодозы. 26.III — ночь провел спокойно. Жгучая боль в подошве прекратилась. Чувствует себя значительно бодрее. Температура 36,8°, 37,3°. Размер ран соответственно: 10Х2 см, 2,5 Х 2,5 см, 6 Х 1 >$ см.

1.1 У —повышение температуры. Обострение болей в ноге. При обследовании оказалось, что резко уменьшившаяся рана на задней поверхности бедра закрыла выход гнойным массам, образовался затек. Установление свободного оттока гноя привело к падению температуры и исчезновению болевого синдрома. К 29.III размер ран 9 Х 1,5 см, 2 Х 2 см и 5 Х 1 см. Раненый эвакуирован в тыл.

Помимо местного воздействия на рану, в свободные дни производились внеочаговые облучения корешковой зоны.

При облучении необходимо следить, чтобы в случае глубоких ран с узким входным отверстием не произошло преждевременного закрытия его. В таком случае местные облучения прекращают. Естественно, если такая закупорка вызвала образование гнойного затека, необходимо хирургическое вмешательство.

Следует отметить также, что как в приведенном, так и в других случаях флора ран качественно не изменялась, несмотря на быстрое ее уменьшение. Гемолитический стрептококк продолжал жить вплоть до заживления, количество же высеваемых колоний резко уменьшалось.

2. Красноармеец В., 1914 г. рождения. Ранен 6.II.1942 г. осколком мины в левое бедно.

21.III.1942 г. при поступлении в госпиталь жалуется на постоянную жгучую боль в области подошвы левой стопы (.нога, как в огне*). Боль в ноге обостряется при посторонних шумах, распространяясь на всю левую нижнюю конечность. Бессонница, потеря аппетита, раздражительность. Объективно—бледен, изможден, левую ногу держит в согнутом и приведенном положении. Активные движения в левой стопе отсутствуют. Во время исследования левой ноги занимает оборонительную позу, не дает прикоснуться к подошве стопы. Острия не различает. Имеется симптом болезненной анестезии. Раны в верхней трети левого бедра: 13Х3 см снаружи и по задней поверхности бедоа 9Х2,5 см (после разреза по поводу флегмоны); выделение из ран обильное, гнойное, зеленоватого цвета, с неприятным запахом. Бактериологически—пышный рост гемолитического стрептококка, слабый рост грамположительной палочки.

До поступления в наш госпиталь уже пользовался физиотерапевтическим лечением: принял 20 сеансов УВЧ, до 15 сеансов ионтофореза новокаина. Несмотря на принятые процедуры, жгучая боль в ноге продолжалась. Температура 38—38,5°.

22 .III назначены гиперэоитемные дозы ультрафиолетовых лучей. При первом облучении отпущено 5 биодоз.

23 .III боль в ноге резко уменьшилась. Впервые за 2 недели хорошо выспался. Запах в ране почти исчез. Температура упала до 37,3—37,5°.

В дальнейшем получал эритемные дозы вначале на раны в дни перевязок, а затем и внеочагово—на корешковую зону. Раны начали быстро затягиваться, появился аппетит. Больной стал бодрым и жизнерадостным. Встает с кровати и передвигается на костылях. Болей каузалгического порядка не отмечает. Указывает лишь на умеренную болезненность в области внутренней лодыжки левой голени. Паралич стопы держится.

24.1У рана на задней поверхности бедра зарубцевалась, а на боковой поверхности уменьшилась до 3 см.

24.1У эвакуируется в тыл.

Применяя ультрафиолетовые лучи, следует учитывать стадию болезненного процесса; при наличии инфицированной раны применять гиперэритемные дозы. При начавшемся очищении и гранулировании раны пользоваться внеочаговыми облучениями, а рану облучать малыми дозами. Не передоверять дело ультрафиолетовой терапии ран среднему медперсоналу.‘

Каждый врач-хирург обязан изучать действие ультрафиолетовых . лучей на ход раневого процесса.

★

Старший лейтенант мед, службы М. С. ПЯТИГОРСКАЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ СОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ ПО СПОСОБУ ГРАЧЕВА

Из всех существующих способов определения индивидуальной совместимости крови донора и реципиента наибольшей простотой отличается способ Грачева, предложившего пользоваться вместо крови реципиента слезой последнего (Советский врачебный журнал, № 22, 1939).

Способ Грачева заключается в следующем: к 1—2 каплям слезы реципиента добавляют в 10 раз меньшее количество крови донора и смешивают покачиванием. Отсутствие агглютинации указывает на совместимость крови донора и реципиента, наличие агглютинации—на несовместимость. Слезу получают закладывая на 1—2 минуты за нижнее веко реципиента шарик стерильной гигроскопической ваты величиной с маленькую горошину и отжимая затем его на предметное стекло.

Так как слеза прозрачна и бесцветна, результаты определения совместимости более четки и устанавливаются легче, чем при лакированной крови в пробе Клеменса.

С целью проверки опубликованных Грачевым данных и изучения агглютинирующих свойств слезы при различных условиях мы провели описанные ниже исследования.

Первая серия наших исследований имела целью проверку реакции Грачева при различной групповой . принадлежности реципиента путем сопоставления с результатами одновременно проводимой пробы Клеменса.

Всего было проведено 160 проб, из них у реципиентов группы 0(1)—58, А(П)—40, В(Ш)—38, ,АВ(1У)-24.

Эти исследования проводились при температуре окружающей среды 18—20^{е}. Совпадение результатов при способе Грачева и при пробе Клеменса было полное. При способе Грачева результаты получались в среднем в течение 43 секунД или в пределах от 5 секунд до 2 минут, при способе Клеменса—в течение 49 секунд или в пределах от 10 секунд до 3 минут, что говорит в пользу способа Грачева.

Вторая серия исследований касалась определения титра слезы при различной групповой принадлежности. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Титр слезы	Группа 0(1)	Группа А(Н)	Группа В(Ш)	Всего
	число случаев			
1:4	–	1	2	3
1:8	–	4	1	5
1:16	6	11	5	22
1:32	8	3	4	15
1:64	1	1	3	5
' Итого...	15	20	15	50

Из табл. 1 видно, что в 47 случаях из 50 титр слезы колебался между 1:8 и 1:64.

Чтобы выяснить, можно ли пользоваться реакцией Грачева у детей и с какого возраста, нами была проведена третья серия исследований. Мы определяли титр слезы у детей в возрасте до 15 лет. Результаты приведены в табл. 2.

Таблица 2

Возраст	Исследовано детей	Титр слезы						
		0	1:1	1:2	1:4	1:8	1:16	1:32
		Число случаев						
До 1 года	6	5	1			—	–	—
До 3 лет	5	3	1	—	—	1	—	——
3-5.....	9	3	2	1	1	2		—-
5-10.....	12		1	6	2	1	2	
10-15', ...	13	—	—.	4	5	3	—	1
Итого...	45	11	5	11	8	7	2	1

Из приведенных данных следует, что титр слезы у детей вообще ниже, чем у взрослых, а в возрасте до 5 лет встречается значительное число случаев, когда агглютинационные свойства слезы не выражены.

Следовательно, если и можно пользоваться реакцией Грачева у детей, то не ранее 5-летнего возраста и с учетом возможности относительно низкого ее титра.

Для выяснения вопроса, при какой температуре при реакции со слезой на совместимость можно получить явления так называемой холодной агглютинации, мы в четвертой серии наших исследований ставили пробу Грачева в одних случаях с заведомо совместимой кровью, в других—с одноименной кровью, в третьих—с собственной кровью реципиента. При этом получены результаты, представленные в табл. 3.

Таблица 3

Результат	Температура окружающей среды								Всего
	+13°	+12°	+10°	4-9°	+6°	45°	+3°	+2°	
Число наблюдений 1		3	12	2	14	10	16	11	69
(холодной агглютинации не по-									
Из лучено . них холодная агглютинация наблю-	1	3	12	2	14	9	10	8	59
I далась . .	—	—	—	—	—	1	6	3	10

Как видно из табл. 3, холодная агглютинация при реакции со слезой наступает при температуре окружающей среды +5°, тогда как при реакции с сывороткой холодная агглютинация наблюдается уже при +10°.

Таким образом, чрезвычайно выгодным преимуществом реакции Грачева перед другими реакциями на совместимость является то, что

ею можно пользоваться без подогревания при более низкой температуре окружающей среды.

Кроме того, сделанные нами отдельные наблюдения в случаях определений совместимости крови со слезой при некоторых патологических состояниях, как например, в легких формах шока, после обильной кровопотери, при септикопиемии и дистрофии, показали, что при этих состояниях титр слезы остается достаточным для пробы Грачева. Нам не удавалось получить слезы лишь в стадии глубокого наркоза.

При менее глубоком наркозе получить слезу было возможно, но титр ее оказывался низким. После пробуждения больного титр слезы повышался до нормы. ■ ;

На основании вышеизложенного мы приходим к следующим выводам:

1) реакция Грачева по сравнению с другими реакциями определения индивидуальной совместимости кро^и более проста по технике: она не требует никаких реактивов и может быть проведена в любой обстановке;

2) результаты при реакции Грачева не менее точны, чем при других реакциях, и определяются значительно легче благодаря бесцветности и прозрачности слезы;

3) реакцией на совместимость со слезой можно пользоваться без подогревания при предельно .низкой температуре окружающей среды 4-6°, что дает ей значительное преимущество перед всеми другими реакциями на индивидуальную совместимость;

4) реакцией Грачева у детей до 5-летнего возраста пользоваться не следует.

★

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Генерал-лейтенант медицинской службы Л. М. РАТГАУЗ

Гвардии полковник медицинской службы Б. БАМДАС

О РЕАКЦИЯХ ЛЕТЧИКА НА БОЕВОЙ ПОЛЕТ

Наблюдая за здоровьем и боеспособностью летного состава, врач авиачасти нередко сталкиваемся с двумя интересными фактами, на которые следует обратить особое внимание.

Здоровый и полноценный в нервно-психическом отношении летчик, охотно и успешно летавший на боевые задания, по окончании очередной боевой операции или в процессе ее, неожиданно, без видимых причин, теряет интерес к полетам, перестает проявлять достаточную активность и инициативу в воздушном бою, начинает хуже переносить перегрузки при пилотаже, чувствует недостаток кислорода на средних высотах, устает в полете и допускает ошибки пилотирования, связанные, как правило, с нарушением внимания, скорости реакции и т. п.; ошибки, приводящие подчас к поломкам, авариям и катастрофам.

Другой летчик, также физически и психически вполне здоровый, но чувствующий себя утомленным после ряда напряженных боевых вылетов, получает ответственное, захватившее его задание, охотно идет в полет, хорошо себя чувствует в воздухе, успешно выполняет задание и благополучно, в отличном состоянии возвращается на свой аэродром.

Нам вспоминаются два таких различных случая, относящихся к началу Отечественной войны.

1. Весьма опытный и рвущийся в бой летчик К., успешно выполнявший боевые задания, в конце операции получил относительно безопасное, но крайне неинтересное для него задание. Готовился к полету неохотно, волновался, мешали мелкие неполадки.

Неудачно взлетел, на маршруте вследствие недосмотра (недостаточного внимания) потерял ориентировку и сделал вынужденную посадку. Через три дня вернулся на свой аэродром в депрессивном состоянии и потом в течение долгого времени не мог приступить к работе.

2. Летчик П., совершавший в 1941—1942 гг. систематические полеты в глубокий тыл противника, обычно возвращался из этих полетов с чувством большой усталости. Ему было поручено подготовиться к выполнению важного правительственного задания. Так как метеообстановка и метеопрогноз для данного полета были неблагоприятны, то П. по окончании подготовительной работы продолжал обычные боевые полеты.

Однажды утром, когда он вернулся из дальнего ночного боевого вылета, поступили указания об ожидаемом улучшении в ближайшую ночь метеоусловий, которые может быть позволят ему проскочить к намеченной цели. Несмотря на то, что П., как обычно в последнее время, чувствовал себя крайне усталым после боевой работы, он весь день потратил на подготовку к предстоящему полету. С наступлением темноты, фактически не отдохнув, он вылетел, шел на большой высоте в течение 9 часов через линию фронта в тыл противника, в тяжелых метеоусловиях, даже не имея возможности регулярно пользоваться

радиосредствами, и на рассвете благополучно посадил машину на-
незнакомый ему аэродром. Несмотря на чувство усталости перед
вылетом, самочувствие в полете было отличное.

Итак, в летной, особенно боевой летной работе, как в любом другом виде профессиональной деятельности, отмечаются резкие колебания работоспособности, связанные с эмоциональными переживаниями. При этом понижение работоспособности летчика зачастую ошибочно относят за счет утомления.

Такая ошибочная точка зрения приводит к ряду отрицательных последствий: рамки понятия „утомление" все более расширяются, ухватывая ряд различных состояний, различной этиологии и патогенеза; правильный прогноз и принятие нужных лечебных и организационно-профилактических мер крайне затрудняется.

В настоящей статье мы делаем попытку выделить своеобразные реакции, возникающие у боевых летчиков, главным образом, в результате эмоционального перенапряжения, и ошибочно, с нашей точки зрения, относимые к утомлению.

В основе утомления лежит ряд причин, связанных с состоянием энергетического баланса организма, обменными процессами, состоянием центральной нервной системы и т. д. Все эти и многие другие причины утомления свойственны любой профессии и в том числе и профессии летчика. Кроме того, имеются некоторые специфические особенности летного труда, могущие привести к падению работоспособности летчика. К ним относится работа на больших высотах в условиях пониженного барометрического давления и уменьшенного парциального давления кислорода, пониженной температуры воздуха, так называемые перегрузки, возникающие при прямолинейных и угловых ускорениях, вибрации самолета и т. д.

Мы остановимся здесь только на одной из особенностей боевого полета и его последствиях. Байрлей называет эту особенность „летные напряжения". Саймондс 99% причин, играющих роль в изменении состояния работоспособности и боеспособности, относит на счет психологических факторов полета. Грейбел сообщает, что при проведении им анкеты обследования причин падения работоспособности у летного состава он в 75% анкет получил указание на фактор ожидания полета.

В аналогичной анкете — обследовании, которую мы проводили в наших частях, факторы ожидания, подготовки к полету и эмоциональное напряжение в самом полете играют основную роль среди причин, травмирующих нервную систему летчика. Словом, мы имеем в виду эмоциональное напряжение и перенапряжение полета.

„Война есть натуральнейший импульс к страху",—говорит великий русский физиолог Павлов. Подавление этого чувства страха, волевое торможение его при преодолении зенитного огня, особенно массового Заградительного, при атаке истребителей противника и т. п. требует огромного эмоционального напряжения.

Герой Советского Союза летчик Г. рассказывает, что в первом боевом вылете переживания его в значительной мере были сосредоточены на чувстве страха. Победив это чувство в первом полете, Г. потом летал успешно и уверенно. Он считает, что летчик, не сумевший подавить в себе чувство страха в первом боевом полете, не может стать хорошим боевым летчиком.

К чувству страха присоединяется эмоциональное напряжение, связанное с тем, что в полете все ново, необычайно и „противоестественно" для человека (особенно в начале летной деятельности). Передвижение в трехмерном пространстве связано с необходимостью подавления привычных сигналов органов чувств и замены их доверием к показаниям приборов. .

Известно, что в так называемом слепом и ночном полете возникают многочисленные иллюзорные ошибки положения в пространстве, исключающие возможность самолетовождения по сигналам органов чувств и требующие полного доверия приборам.

Пехотинец, танкист, боец с любым видом оружия сохраняет на марше, в атаке, в оборонительном бою „чувство локтя*, близость соседа, ободряющее ощущение коллектива, выполняющего вместе с ним боевую задачу, поддерживающего его морально и физически.

Летчик, особенно истребитель, находится в своеобразной изолированности от соратников в бою и одиночество его в боевом самолете рождает дополнительные эмоциональные нагрузки.

Подавление чувства страха столкновения с землей, которое испытывает летчик при пикировании, вызывает переживания большой эмоциональной насыщенности. Сложные метеоусловия, грозы, туманы, преодолеваемые в пути боевым летчиком, приводят в свою очередь к большому эмоциональному напряжению. Нередко дефекты в работе материальной части также служат источником эмоциональных напряжений. Необычные для человека соотношения пространственных и временных связей сопряжены с затруднением визуальной ориентировки днем и еще более сложными методами ориентировки ночью. .

Особенно ярко необычность соотношений связи времени и пространства выступает в стремительной смене зрительных образов при штурмовке противника на бреющем полете или при маневре в атаке истребителей, идущих встречным курсом. Если учесть, что на встречных курсах скорость сближения может достигать 1 200 км в час, а скорость зрительной реакции равна примерно 0,15—0,25 сек., то лишь за время этой реакции расстояние между противниками сокращается на 70—100 м, иногда решающих исход боя. Необходимость неизменно высокого уровня внимания, быстроты решений, немедленных действий также приводит к эмоциональному напряжению.

Таким образом, летный состав в боевом полете находится в условиях эмоциональных напряжений, непрерывно травмирующих психику. Особенно резко сказываются они на ведущей фигуре полета — летчике. Именно поэтому Саймондс, указывая на преобладание психических вредностей полета, отмечает что падение работоспособности, связанное с эмоциональным напряжением, чаще всего встречается у летчика. Стрелок, проводящий весь полет на ногах, затрачивающий определенную физическую энергию на вращение турели и пр., и понятно отнюдь не свободный от эмоционального напряжения боевого полета, обычно все же чувствует себя значительно лучше.

Из изложенных нами некоторых особенностей боевого полета, повидимому, следует в частности, что у летчика вырабатывается целый ряд совершенно новых с биологической точки зрения реакций и психологических навыков. Человеку, например, биологически свойственно считать пребывание на земле и связь с ней естественным и натуральным. Характер же работы летчика заставляет его стремиться уйти от земли возможно дальше. Самые опасные и напряженные моменты полета это — взлет, а затем посадка, т. е. момент! соприкосновения с землей. Высота всегда дает время для маневра, для расчета времени возможного прыжка с парашютом. Таким образом, многовековый биологический инстинкт самосохранения приходит в противоречие с профессиональными особенностями и требованиями полета.

Итак, все перечисленные особенности профессиональной деятельности летчика несут с собой огромный поток специфических эмоциональных напряжений, не свойственных никакой другой профессии мирного или боевого труда. Совершенно понятно, что со стороны психики летчика они могут вызывать определенного рода реакций,

которые могут возникать остро, например, после очень тяжелого боевого полета.

Врач одной американской воздушной армии описывает такие остро возникающие тяжелые реакции у летчиков после „веселой прогулки", как называли американские летчики полеты через всю территорию противника в 1944 г. Но в подавляющем большинстве случаев эти реакции у здорового человека наступают не остро, а исподволь, в результате кумуляции эмоциональных напряжений.

Отсюда вытекает важность динамического наблюдения врача за состоянием здоровья летчика. При постепенно нарастающей реакции на эмоциональные перенапряжения вначале обычно отмечается незначительное снижение работоспособности. Если это состояние не уловлено врачами, к нему довольно быстро присоединяются некоторые другие явления. Сон не вполне освежает, иногда появляются головные боли, настроение неустойчивое, несколько сниженное, а отсюда некоторые затруднения в полете. Если врач не заметит и этого состояния и летчик будет продолжать свою боевую деятельность, его самочувствие в силу кумуляции эмоциональных напряжений будет ухудшаться; появится потливость, плохой сон, головные боли, раздражительность, тревожность и напряженность в полете, снижение активного стремления к полету, конфликты в быту и ряд вегетативных сдвигов.

Полет на высоту даже с полностью открытым аварийным краном кислородного прибора переносится таким летчиком тяжело; на выводе, самолета из пике надолго темнеет в глазах, иногда состояние близко к потере сознания. Расчет на посадку стоит ему большого труда, промазы случаются значительно чаще прежнего, а в сознании все более упорно начинает доминировать нежелание летать, тревожное, неуверенное отношение к полету и даже прямо страх полета. Такие состояния летчика часто бывают причиной аварий, поломок и катастроф.

Грейбел сообщает, что из обследованных им летчиков, находившихся в подобном состоянии, $^2/_3$ отметили появление у себя элементов небрежности в полете, а 45% сообщили, что были в аварии или близко к ней.

Необходимо сделать следующую оговорку: развитие реакции, на эмоциональные напряжения летного труда вовсе не обязательно идет по только что описанной схеме, и нередко, в силу особенностей нервно-психических реакций летчика, вообще в схему не укладывается. Так, могут быть грубейшие нарушения „летных качеств" без выраженных клинических симптомов описываемого состояния и, наоборот, может быть значительное количество клинических проявлений без чувства страха полета. Субъективные ощущения летчика при этом могут расходиться с объективно наблюдаемыми врачом изменениями его состояния.

Поэтому важно постоянное, всестороннее, динамическое наблюдение врача за здоровьем летчика, его реакциями на полет, летными происшествиями и т. д.

Динамическое врачебное наблюдение должно решительно выйти за рамки периодических врачебных осмотров с формальной подчас оценкой—„существенных изменений в здоровье за контрольный период не произошло".

Встреча боевого экипажа, интимная беседа о полете и реакциях на него, наблюдение за поведением прилетевшего летчика, за техникой его взлета на второй или третий вылет, оценки расхода и пользования кислородом, несомненно даст не меньше, чем „периодические медосмотры".

Наблюдение за изманением настроения летчика, его реакциями на обстановку, поведением при получении боевого задания и подготовке

к нему, взаимоотношениями с командирами и товарищами могут во-время сигнализировать полковому или дивизионному врачу об исподволь развивающейся реакции.

Наблюдение за сном, кривой работоспособности, аппетитом, весом летчика также даст богатый материал полковому врачу. Недисциплинированность, изменение поведения летчика должны быть во-время замечены и проанализированы врачом авиаполка. Венцом этих и многих других наблюдений должно являться вдумчивое клиническое обследование, с акцентуацией внимания на анамнестических данных, с учетом адаптационно-трофической роли в организме вегетативной цервной системы. Решение этой сложной задачи позволит уловить начальные формы реакций и следовательно предупредить кумулятивные явления.

Врач должен избегать двух крайностей.

Первая — это академически отвлеченный подход к летчику, пренебрежение к изучению содержания и формы его заданий, его боевой деятельности, отказ от интимного контакта с летчиком в пользу профессионально-врачебных отношений с ним.

Вторая, это панибратские отношения с летным составом, завоевание дешевой репутации „своего человека" за счет врачебного авторитета. Эта крайность приводит к тому, что летчик как будто уважает своего врача и делится с ним всем, однако, заболевая, готов обратиться к кому угодно, но не к нему, не веря в его диагностическую и терапевтическую эрудицию.

При должном подходе к наблюдаемому летному составу врач авиачасти сумеет правильно диагносцировать начальные формы реакции и отсюда найти надлежащие организационные и лечебные меры, устраняя возможность нарастания этих реактивных изменений. Это одна из важнейших задач медицинской службы авиационных полков и соединений.

Дивизионным и цорпусным врачам придется для решения этой задачи отказаться от стиля формального инспектирования подчиненных им служб.

Они должны приезжать в части прежде всего как старшие медицинские начальники, т. е. врачи с большим багажом специальных медицинских знаний, опытом в области авиационной медицины и т. д. Они должны приезжать в части со знанием летного состава, в первую очередь—имеющего элементы парциальной недостаточности. Они должны иметь ясное представление о летной нагрузке последнего периода и о предстоящей летной работе и в количественном (число вылетов, боевой налет), и в качественном отношении (сложность полета, длительность, напряженность его, защищенность объекта зенитной артиллерией и истребителями противника и т. п.). Только такое участие в динамическом наблюдении за летным составом будет ценным и нужным.

От каких моментов зависит скорость наступления описываемой реакции? Павлов на животных экспериментально показал наличие разных типов нервной системы с различными степенями преобладания в ней процессов возбуждения и торможения. Его данные можно в известной к!ере перенести на человека.

Состояние нервной системы, своеобразные конституциональные и приобретенные черты ее резко влияют на степень сопротивления психики влиянию описанных эмоциональных перенапряжений, на характер, глубину и стойкость их воздействия.

Конституциональные особенности психики летчика особенно выявляются после возвращения с боевого задания. У одного замечается возбуждение, известная эйфория, оживление моторики, говорливость, некоторое снижение критики. У другого — некоторая напряженность

поведения, замкнутость. У третьего — вялость, сонливость, нарушение внимания, замедление ассоциативных процессов и т. д.

Следовательно, реакции соматически и нервнополноценных летчиков на одинаково напряженную летную работу весьма различны.

Отсюда понятно, почему один летчик делает сто и более боевых вылетов, сохраняя боевой задор и отвагу, постоянно совершенствуя технику пилотирования, сохраняя бодрость духа, хорошее настроение» аппетит и сон, а другой, совершив при таких же условиях 7—8 вылетов, начинает возвращаться с невыполнением боевого задания, бомбит вместо основной запасную цель и часто ломает машину.

К сожалению, неправильный врачебный анализ таких случаев или просто незнание психических особенностей летчика приводит к тому, что врач относит второго летчика к разряду трусов и симулянтов, тем самым еще более усиливая развивающиеся у него реактивные сдвиги.

Не меньшее значение для сопротивляемости и устойчивости нервной системы летчика имее^ полноценность его физического здоровья в данный период боевой деятельности. Совершенно ясно, что-реакции на эмоциональные напряжения боевого полета развиваются быстрее и глубже у перенесшего травму или инфекцию, у летчика с нарушенной гемодинамикой, чем у полноценного здорового человека. Особенно велика здесь роль полноценности вегетативной и эндокринной сферы.

Количество факторов, влияющих на сопротивляемость нервно-психической сферы и определяющих развитие реакции на эмоциональные напряжения, не исчерпываются перечисленными выше.

Особо необходимо остановиться на одном ослабляющем факторе— алкоголе. Злоупотребление алкоголем сильно снижает сопротивляемость, организма. Механизм действия алкоголя во многом сходен с таковым аноксемии. Алкоголь резко угнетает окислительные процессы, внося глубокий разнобой в течение тормозно-возбудительных процессов. Тем более алкоголь затрудняет высотный, дальний полет, высший пилотаж и пр.

Из всего изложенного можно, повидимому, сделать такой вывод. Реакции летчика на эмоциональные напряжения боевого полета не следует идентифицировать с явлениями утомления. Эти реакции имеют строго очерченную этиологию, могут не быть связаны с физическими факторами самого полета (может иметь место реакция на ожидание боевого вылета), могут развиваться постепенно и наступать остро (даже после одного-двух полетов) и легко купируются при правильном подходе и своевременной диагностике.

Реакции эти могут наступать у полноценного в нервном и соматическом отношении летчика, но, конечно, легче наступают при том или ином виде функциональной недостаточности.

Субъективное состояние при этих реакциях нередко резко расходится с объективной картиной, наблюдаемой врачом. Симптомы этих реакций состоят в изменении работоспособности, летных качеств летчика и в отдельных клинических расстройствах.

Своевременное распознавание этих реакций во многом способствует успеху лечебных и профилактических мер. В основе профилактики и лечения описанных состояний лежат различные формы эмоциональных переключений. Чрезвычайно важно для этой цели изменение привычной обстановки полка или дивизии, где все напоминает летчику о боевой работе, полете и связанных с ним эмоциях.

Для профилактики и лечения начальных форм описываемых реакций вовсе не обязательно помещать летчика в санаторий.

Обстановка лечебного учреждения-не всегда создает нужные предпосылки для эмоциональных переключений. Спортивные лагери, охот-

ничьи дома, экскурсии, горный туризм и т. п. могут при должно® организации оказаться значительно более эффективными.

В других случаях окажется полезным пребывание в доме отдыха, или санатории. Отдых там должен быть активным, организованным^ регулярным и своевременным. Только при этом условии летчик сможет переключиться и быстро и радикально изжить состояние эмоционального напряжения, которые несет с собой боевой полет.

Необходимо внедрить купанье, лодочный спорт, охоту, лыжи, экскурсии, туризм, особенно высокогорный, все виды спортивных состязаний, несущих с собой мощные положительные эмоциональные переключающие воздействия. Спорт и физкультура используются у нас слабо и нередко их внедряют казенными методами, лишающими спорт существенных его факторов — элементов соревнования и личной заинтересованности.

Отец русской физиологии Сеченов отметил, что сила правой руки,, истощенная тяжелой работой, восстанавливается быстрее, полнее и выше в том случае, если организм в целом или какой-либо его орган (например, левая рука) производит легкую физическую работу, нежели при полном отдыхе.

Сеченов назвал свойство легкой работы отдельных органов повышать работоспособность всего организма „заряжением нервных центров". Одна из сторон физиологического смысла „активного отдыха“ основана на таком „заряжении" и его надо ввести средствами физкультуры и спорта в повседневный быт летчика, в части, на аэродроме, , в санатории.

Наряду с этим в профилактике описываемых реакций играет огромную -фоль организация надлежащих условий сна.

Необходимо также обратить серьезнейшее внимание на организацию полетов и особенно времени ожидания вылета. Ожидание вылета своей эмоциональной напряженностью, как указано выше, стоит в • первых рядах истощающих факторов. Очень важно также дать возможность летчику после полета отреагировать эмоциональные напряжения. В этом отношении трудно переоценить значение интимного-контакта врача и летчика, объем профилактического и лечебного отдыха для указанных эмоциональных переключений индивидуально различен.

В сопротивляемости организма большая роль принадлежит кислородному снабжению. Неправильное, недостаточное снабжение кислородом в полете отрицательно влияет на центральную нервную систему, ослабляет ее выносливость к эмоциональному перенапряжению. Отсюда вытекает значение кислородного режима в полете.

Мы говорили об отрицательной роли эмоциональных перенапряжений. Нельзя однако забывать, что многие эмоции, связанные с боевым полетом советского летчика, носят позитивный характер, тонизируют его нервую систему, улучшают его настроение и самочувствие в полете. К числу их относятся—любовь к родине, любовь к летной профессии, товарищеские чувства, элементы спортивного интереса в-полете и пр. ■

Преобладание суммы этих положительных эмоций на базе правильного отдыха, режима рационального питания и т. п. помогает нашему летчику летать, драться и побеждать. Эти же положительные эмоции могут, как показано в случае с летчиком П., при наличии утомления или реакции на пережитые напряжения, резко’ поднять нервно-психический тонус и способствовать выполнению полученного задания..

Умелое психотерапевтическое воздействие врача, устранение травмирующей ситуации, подчас просто предоставление возможности отреагировать, рассказать о гнетущих летчика переживаниях, способно-предотвратить развивающиеся у летчика болезненные реакции. В этих.

^психотерапевтических мерах большое значение имеет контакт врача •с командиром.

Наконец, в некоторых случаях могут сыграть положительную роль в повышении сопротивляемости нервной системы различные стимуляторы.

Своевременное и правильное применение суммы изложенных мер поможет авиационному врачу эффективно бороться с описанными в настоящей статье реакциями летчика на эмоциональные перенапряжения боевого полета.

Данная статья имеет целью привлечь авиационных врачей к обсуждению важнейшего вопроса о сохранении боеспособности летного .•состава и изучению его реакций на боевой полет.

★

Майор медицинской службы А. А. ШМЕЛЕВ

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АВИАЦИИ В ОСОБЫХ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Организация оказания медицинской помощи экипажам самолетов, подбитых в бою противником, а также потерпевшим аварии и их эвакуация в условиях боевой деятельности Карельского фронта имела свои особенности, определявшиеся специфическими особенностями самого фронта.

Эти особенности Карельского фронта, зависевшие в первую очередь от его географических^ условий и создававшие известные трудности для действия авиации, были следующие.

Во-первых,, перед нами были обширные лесисто-озерные и болотистые, пересеченные сопками пространства, представлявшие довольно трудно доступную, местами непроходимую местность, в условиях бездорожья и малой населенности края и суровых зим. Необходимо отметить особенность грунта Карелии, который состоит главным образом из камня; рядом с камнем — болото.

Во-вторых, мы имели здесь ограниченное количество аэродромов, растянутых редкой цепью вдоль Кировской железной дороги и параллельно линии фронта, с удалением от последней на 30—60 и более километров. Самый фронт имел лишь отдельные оперативные направления, а в промежутках—цепь растянутых по строго определенным пунктам застав пограничных войск.

Фронт по своим действиям продолжительное время был стабилен наземные войска выполняли задачу обороны имеющихся рубежей, а авиация имела своими задачами прикрытие с воздуха наземных войск на оборонительных рубежах, прикрытие перевозок по Кировской железной дороге, действовала экипажами „охотников" и вела воздушную разведку.

Организации обычных поисковых групп для розыска подбитых в бою, а также аварийных экипажей и оказания им медицинской помощи со стороны наших наземных частей БАО были в этих условиях не всегда эффективны, так как часто не могли обеспечить оказание помощи пострадавшим экипажам в сроки в сколько-нибудь удовлетворительной форме, особенно в летнее время года, когда везде преграждали путь топкие болота и озера. Поиски иногда длились по нескольку суток и зачастую были уже бесполезным^.

В наших условиях имели место факты неоправданных потерь лет-

яного состава. Из таких положений выходила, чаще самостоятельно, иногда на вторые, третьи сутки и более,—и это на своей территории—лишь часть летного состава: те лица, которые имели незначительные физические повреждения. Понятно, и физически, и морально они бывали истощены и* на известный срок теряли свою боеспособность.

Учитывая эти особенности, мы в нашем авиасоединении, начавшем действовать на Кандалакшском направлении Карельского фронта со средины 1943 г., выработали следующую систему организации медицинской помощи подбитым в бою и аварийным экипажам.

1. Быстро организовывали поиски пострадавших экипажей самолетами любого типа—места их падения (учитывались данные поданных сигналов экипажей и данные сообщений постов ВНОС и др.).

2. После установления места падения самолета или места приземления выбросившегося на парашютах экипажа туда направлялись в зимнее время самолеты связи (ПО-2) на лыжах, оборудованные подвесными Бакшаевскими кабинами-люльками, для посадки на ближайшем замерзшем озере. В летнее время привлекались самолеты гидроавиации (МБР-2), которые совершали посадку на ближайшем удобном озере, откуда и проводилось оказание соответствующей помощи пострадавшим экипажам и их эвакуация. На самолетах имелись портативные комплекты средств первой помощи.

3. Летный состав экипажей нашего соединения был инструктирован о поведении при аварийном положении и снабжен портативными средствами для подачи сигналов с земли в целях быстрого обнаружения себя с воздуха; каждый экипаж кроме того в зимний период года был снабжен лыжами.

В соединении действовало составленное нами „Краткое наставление о поведении экипажей при вынужденных посадках в условиях нашего фронта", где в форме инструкций были даны положения о поведении перед вынужденной посадкой, при вынужденной посадке, после вынужденной посадки и о порядке действия поисковых самолетов; давались также указания о поведении в случаях вынужденной посадки на территории противника.

В организации системы оказания медицинской помощи подбитым в бою и аварийным экипажам в своеобразных и трудных условиях Карельского фронта мы руководились стремлением внушить уверенность потерпевшему летному составу, что его не оставят и придут к нему на помощь.

Летный состав действовал в соответствии с инструкцией и сообразно обстоятельствам.

После падения (приземления) экипажем давался для фиксирования места сигнал ракетой, если в воздухе в этом районе еще находились наши самолеты (в группе действующих самолетов основным требованием было взаимное наблюдение друг за другом и пары за парой); затем самостоятельно или по наведению с воздуха для самолета, идущего для оказания помощи, подыскивалась пригодная площадка (зимой) или водоем (летом). Наводящие самолеты поступали обычным способом: многократными полетами в одном направлении: „идите в этом направлении “у многократными снижениями к одному и тому же месту — „идите сюда".

Если пострадавший экипаж не в состоянии был передвигаться самостоятельно ввиду тяжести полученных йовреждений (ранений), он ожидал прилета поискового самолета, при появлении которого давал сигнал ракетой красного огня для обозначения места своего нахождения. Получив ответ с самолета — „вас вижу",—многократным покачиванием плоскостей, давал сигнал дополнительной ракетой зеленого огня, что обозначало — „передвигаться не могу, придите на помощь".

Если с земли в месте падения разыскиваемых экипажей поисковому самолету сигналов не поступало, в этот район перебрасывались самолетом или направлялись наведением с воздуха поисковые группы.

(На случай вынужденной посадки наших экипажей на территории противника, оказание помощи и эвакуацию пострадавших предполагалось производить теми же самолетами под прикрытием 2 — 3 пар истребителей; но подобных случаев в практике не было).

Учитывая, что в наших условиях летные экипажи чаще принимали решение на выбрасывание из подбитых самолетов на парашютах, так как безопасная вынужденная посадка на „землю" была почти, невозможна из-за географических особенностей района, а самолеты сгорали при падении, и что экипажи лишались бортового пайка, средств сигнализации и аптечки, нами была составлена специальная укладка, прикрепляемая к укладке парашюта, состоящая из .запаса пищевых продуктов, аптечки и средств сигнализации.

Состав укладки:

а) Запас продуктов состоял из 6 плиток шоколада (600 г) как высококалорийного, полноценного и стимулирующего продукта и 300 г алкоголя, необходимого особенно зимой \ имеющего также значение противошокового средства при ранениях; ассортимент в сумке давал около 3 500 калорий, составляя примерно бортового пайка.

Пищевой рацион этой укладки позволял поддерживать существование летчика в течение 3 — 5 дней до нахождения его поисковой группой или самостоятельного выхода.

б) Аптечка состояла из 2 индивидуальных перевязочных пакетов, противоожогового порошка в коробочке —15 — 20 г (для присыпания мест ожога), стрептоцида белого в вискозной коробочке—8—12 г (для присыпания ран), 4 ампул с иодной настойкой и 2 ампул с нашатырным спиртом[3].

в) Средства сигнализации состояли из портативной ракетницы из дюрала и 6 ракет (4 ракеты красного и 2 ракеты зеленого дыма). В этой же укладке имелась зажигалка.

Вес предметов комплекта

шоколад—6 плиток по 100 г	600	г
алкоголь	300	.
противоожоговый горошек (коробка)	25	»
стрептоцид белый, порошок (коробка)	15	,
ампулы иода и нашатыря: то спирта (коробка)	25	,
перевязочные пакеты—2 шт. по 80 г	160	»
ракетница	120	,
ракеты—6 шт. по 45 г	270	.
фляга—тонкой жести	120	„
дюралевая коребка-укладка	Е60	,
Итого...	2200\г	

Указанные предметы укладывались в дюралевую коробку-укладку удобного габарита, вкладываемую в чехол, пристроченный к нижней поверхности накидной подушечки укладки парашюта.

1 Алкоголь в пищевой рацион нами был введен еще и по следующим соображениям: состояние психической аффектации, возникающее у летного состава в момент вынужденного выбрасывания на парашюте из подбитого самолета после проведенного воздушного боя, часто стоит, даже без наличия травмы, на грани некоторого шокового состояния, а именно эрективной фазы его—фазы возбуждения, которая может смениться через некоторое время обмороком. В таком состоянии прием алкоголя оказывает благотворное влияние.

« Противоожоговый порошок и белый стрептоцид в коробочках, сделанных в виде перечниц с обозначениями на отрывных бандеролях, были введены потому, что в травматизме летного состава ожоги занимают довольно высокий процент; значение второго ясно как средства, могущего предохранить полученные раны на некоторый, срок от воспалительных явлений.

■ Дюралевая коробка была легкой и достаточно прочной, выдерживала свободно *4* — 5-кратную перегрузку летчика на пилотаже. Дюралевые коробки-укладки изготовлялись из дюрала аварийных самолетов в наших ПАРМ; там же изготовлялись и ракетницы из дюралевых "трубок соответствующего диаметра.

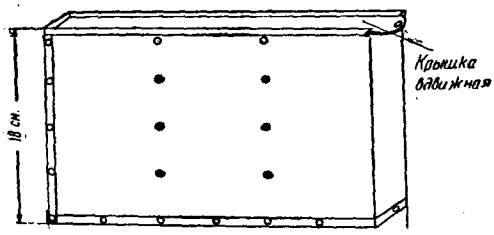


Рис. 1

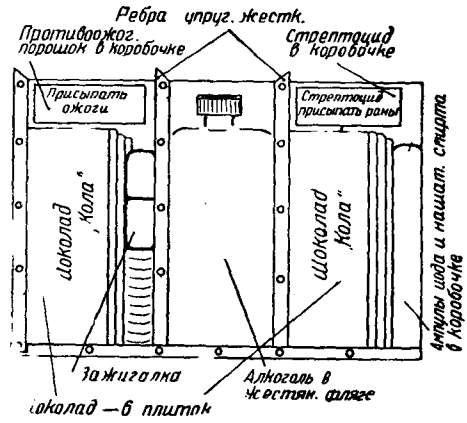


Рис. 2

Суммарный вес всей укладки не превышал 2,5 кг и на общий вес особенно отрицательного влияния не оказывал. В момент динамического удара, при раскрытии парашюта, эта укладка плотно прижималась к седалищной части тела лямками парашюта, не вызывая ни-

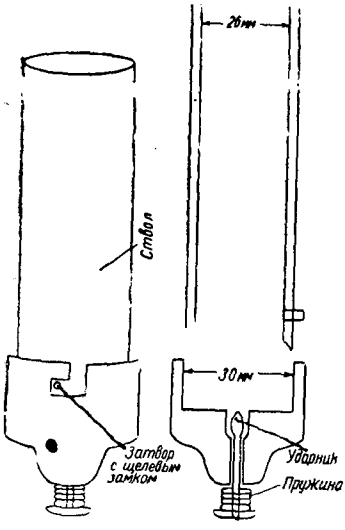


Рис. з

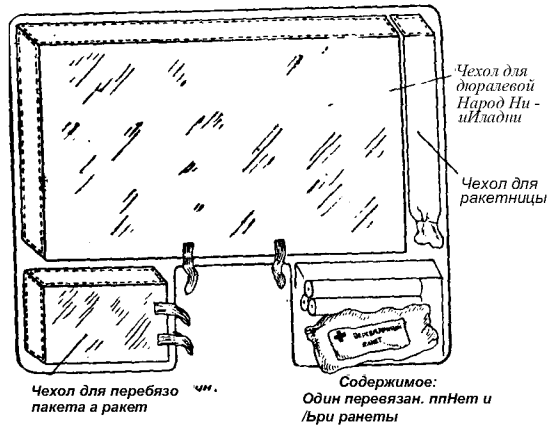


Рис. 4

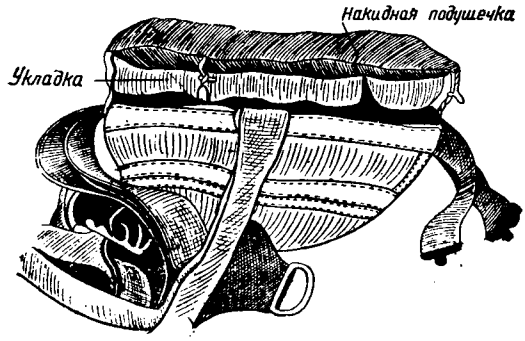
каких повреждений (большая площадь соприкосновения). Увеличение роста на 3 см при сидении на укладке в кабине самолета регулировалось' соответственным опусканием сидения кабины.

Помимо нашего авиасоединения, эти укладки индивидуального пользования, прикрепленные к парашюту, получили распространение особенно в отдельных разведывательных эскадрильях, где были высоко оценены летным составом.

При такой организации эффективность нашей работы повысилась.. Приводим цифры за 1944 г.

За время воздушных операций март—апрель на Кандалакшском направлении нами была оказана быстрая по срокам медицинская помощь и произведена эвакуация 4 человек (из них 2 тяжело раненых); в Петсамо-Киркинесской операции в октябре были быстро найдены и эвакуированы Ъ человек, совершившие вынужденные посадки. Одновременно, действиями наземных поисковых групп оказана медицинская помощь и эвакуировано 7 человек.

Самостоятельно вышло (большей частью с территории противника)- через 1—4 суток 6 человек (укладки были ими использованы), причем необходимо отметить восстановление боеспособности после кратковременного отдыха при части. ,



' Рис. 5

Помимо поисков, мы всегда поддерживали также постоянную связь- с этапами эвакуации наземной госпитальной сети, которые передали, нам 4 пострадавших летчиков.

В стабильные периоды действий нашего участка фронта нами через связь с погранвойсками нашего направления устанавливалась связь с партизанскими группами, оперировавшими на данном направлении.

В периоды наступательного продвижения наших войск (Свирская, Алакуртинская, Петсамо-Киркинесская. операции) мы имели постоянную связь через командный пункт нашего авиасоединения рациями с нашими постами наведения и вспомогательный пункт управления, что обеспечивало нам быструю информацию о месте, времени и характере случаев потерь экипажей и служило руководством к соответствующим действиям санитарной службы. Для непосредственной связи с этапами эвакуации наземной госпитальной сети выделялся медицинский работник.

Располагая этим сравнительно небольшим опытом работы в условиях горно-лесистой и озерной местности, считаю, что там, где при организации оказания помощи пострадавшим экипажам, наряду с проведением наземных поисков и связи с этапами наземной эвакуации, будет организована система поисков и эвакуации воздухом с применением указанных укладок, будет улучшено дело обеспечения действий авиации в местах, аналогичных по географическим условиям с Карельским фронтом.

★ ■

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

Полковник мед, службы проф. А. Н. МАКСИМЕНКОВ?

В. Н. ШЕВКУНЕНКО

(К 50-летию научной и общественной деятельности)

28 ноября 3945 г. исполнилось 50. лет научно-недагогической и общественной' деятельности выдающегося ученого нашей страны — Виктора Николаевича Шевкуненко.

По окончании с отличием Военно-медицинской академии 50 лет назад В. Н. Шевкуненко был пр конкурсу оставлен при академии для усовершенствования. Подготовляя диссертацию на тему „О косолапости", молодой врач сразу проявил себя самостоятельным, оригинальным исследователем. Не ограничиваясь изучением клинической картины, анализом применявшихся методов лечения, он положил в основу изучение деструктивных анатомических изменений, характеризующих это страдание, и лишь после этого перешел к изучению клиники и лечения.

В 1899 г. он после защиты диссертации был по конкурсу отправлен за границу для усовершенствования йа средства Пироговского фонда. В период 1899—1900 гг. и. в 1902 г. он посетил хирургические и анатомические учреждения Нью-Йорка, Донгдона, Парижа, Вюрцбурга, Вены, Бонна и др., прослушал курс у Лоренса в Вене, Кохера — в Берне, Фарабефа, Кеню, Шампионьера и Ланелонга — в Париже.

Особенно интересуясь хирургией, он по возвращении на родину работал в госпитальной хирургической клинике проф. Ратимова, а с 1908 г. — в клинике проф. Федорова. Параллельно с клинической деятельностью он занимался изучением теории под руководством профессора оперативной хирургии Делицина. В первые годы деятельности на клиническом и научном поприще Виктор Николаевич опубликовал следующие работы на актуальные и практически важные темы:

1) „К патологической анатомии рака прямой кишки", *2)* „К вопросу об оперативном лечении рака прямой кишки", 3) „О дивертикулах мочевого пузыря и оперативном лечении их", *4)* „О положении гипофиза и удалении его через глотку".

Разрабатывая любой вопрос, В. Н. Шевкуненко всегда стремился сочетать теорию и практику, не ограничиваясь только клиническими наблюдениями, но старательно изучая патологические процессы в связи с анатомическими особенностями строения, областей и паталогоанатомическими изменениями, характеризующими данное заболевание.

Постоянная работа в клинике и наблюдения за течением патологических процессов порождали стремление изучить причины, определяющие клинические особенности заболеваний, и установить значение анатомических особенностей. В работе, посвященной вопросу анатомии и перевязке сосудов, В. Н. Шевкуненко пишет: „Новейшие сравнительно анатомические и эмбриологические изыскания, однако, позволяют установить способы образования, хода и ветвления этого сосуда" и отмечает, что раз--личный подход к данной артерии разных авторов обусловлен анатомическими осо--бенностями.

Устанавливая наблюдаемые анатомические особенности органов и практическо значение их, В. Н. Шевкуненко ищет объяснение их в эмбриологии и сравнительной анатомии. В то время (1907 г.) это направление было совершенно оригинальным: вскрывалась сущность непостоянства строения, определялась изменчивость органов на основ онто- и филогенеза. С 1911 г. В. Н. Шевкуненко возглавляет кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии и развивает направление в топографической

.-анатомии, которое выявилось уже в первых его исследованиях. Под его руководством работают молодые врачи, изучая анатомические различия строения отдельных •областей с точки зрения практического их значения.

Первая мировая, а затем гражданская война отвлекли В. Н. Шевкуненко и его сотрудников на практическую работу — оказание помощи раненым и организация медицинской помощи революционному пролетариату Ленинграда. Шевкуненко был одним из первых организаторов пунктов медицинской помощи при штурме Зимнего дворца.

Исследовательская деятельность все же не останавливалась. На первом же заседании Пироговского общества В. Н. Шевкуненко и его сотрудники выступили с рядом докладов, посвященных различным вопросам практической хирургии и вызвавших большой интерес: хирурги услышали факты, которые разрешали ряд недоуменных вопросов, рождавшихся в постоянной практической работе. Выяснились такие детали клиники, которые до нознания анатомических различий не могли быть объяснены в достаточной мере.

Все исследования того периода имели целью определение анатомических различий в строении тех или иных областей, органов и их систем.

Опубликованные сотрудниками В. ЕЕ Шевкуненко работы привлекли внимание врачей, и к нему на кафедру начали стекаться со всех концов Союза молодые врачи, -опытные хирурги и представители других специальностей, чтобы работать над изучением анатомических различий с целью познания особенностей заболеваний. Ряд ■работ был посвящен изучению строения артериальной системы, костной системы, /различий в строении отдельных областей головы, таза, забрюшинного пространства и т. д.

Постепенно коллектив увеличивался, все шире становился круг изучаемых вопросов. Исследованию подвергались такие сложные системы, как симпатическая и «парасимпатическая, головной мозг, периферическая нервная система, венозная систему, «иннервация сосудов и др.

Все шире привлекались к анализу анатомических различий сравнительные анато «мические и эмбриологические данные, в результате чего выявлялся диапазон изменчивости органа или системы. Открывалась новая страница прикладной анатомии и ■определялась анатомическая база наблюдавшихся особенностей физиологических реак* ций; пошатнулось понятие нормы, потеряли свой смысл и содержание такие определения, как вариант, аномалия, отклонение от нормы. Нормой для человека становился диапазон изменчивости, который ограничивался крайними формами ее, имевшими в .своей основе процесс формирования.

Обобщенные анатомические факты и различия, естественно, привлекали интерес •не только практических хирургов, но терапевтов, физиологов и патологов, ибо открывались такие моменты, которые позволяли осветить вопросы патогенеза тех или иных заболеваний с новой точки зрения (тромбозы и тромбофлебиты, каузалгии, варикозы, кишечные, желудочные и пищеводные кровотечения, послеоперационные тромбозы и т. д.).

Результатом многолетних исследований явилось создание учения об изменчивости • органов и систем. Оказалось возможным ближе подойти к проблеме индивидуальности, индивидуальной патологии, о которой писал еще Н. И. Пирогов в своих «Основах военно-полевой хирургии*.

За истекшие годы из кафедры В. Н. Шевкуненко вышло около 450 работ, посвященных вопросам анатомии и хирургии, в том числе 150 докторских и кандидатских диссертаций. Десятки профессоров, занимающих кафедры в различных институтах и .академиях нашей страны, были воспитаны в кафедре оперативной хирургии Военно-медицинской академии.

Приведенные данные характеризуют Шевкуненко как учителя и организатора научных исследований. Метод воспитания людей, умение поддержать инициативу и направить ее по должному руслу, форма обращения с помощниками, постоянное внимание к ним, отзывчивое участие к нуждам и затруднениям каждого из них — все это .привлекало и располагало к нему окружающих его помощников.

Развивая в^своих сотрудниках любовь к науке, к избранной специальности, под. держивая постоянное стремление к дальнейшему совершенствованию, В. Н. Шевкуненко никогда не разрешал ограничиваться только узкими вопросами практической хирургии и воспитывал любовь к науке в широком смысле слова. Вместе с тем он постоянно обращал внимание на форму изложения мыслей, стиль докладов, характер описания наблюдений. ~

Навсегда останутся в памяти тренировочные выступления, многолюдные кафед ральные совещания, на которых заслушивались доклады, не имевшие, казалось бы, прямого отношения к топографической анатомии и оперативной хирургии. Еженедельные кафедральные совещания являлись школой, где заострялась исследовательская мысль, округлялись и уточнялись формулировки обобщений, полученных в процессе исследования. На этих совещаниях каждый работающий по нескольку раз подвергался критике своих товарищей, прежде чем выступать публично с докладом или защитой диссертации. Эти совещания сыграли огромную роль в воспитании большого количества врачей, впоследствии занявших кафедры в медицинских вузах, ибо они учили тому, о чем в свое время говорил Н. И. Пирогов, — не бояться критики, но и уметь отстаивать свои убеждения, основанные на личном исследовательском опыте. В работе с учениками Шевкуненко проявил себя исключительным педагогом, обладающим огромной эрудицией, большим тактом, принципиальностью и глубокой убежденностью в практической важности и научной ценности производимых исследований.

Врачи, слушавшие лекции В. Н. Шевкуненко, прошедшие курс оперативной хирургии под его руководством, навсегда сохраняют в памяти характер его изложения. Такой, казалось бы, сухой предмет, как топографическая анатомия, являлся увлекательной дисциплиной, потому что в процессе изложения В. Н. Шевкуненко характеризовал каждый анатомический факт с прикладной точки зрения, и в стиле его преподавания оправдывались слова Н. И. Пирогова о значении анатомических деталей для хирурга.

Постоянные клинические иллюстрации возбуждали живой интерес.

От молодых преподавателей Шевкуненко требовал умения уважать слушателей, возбуждал желание передавать свои знания в таких условиях, которые пробудили бы у студента живой интерес к предмету. Любовь Виктора Николаевича к литературе, глубокое знание философии, истории вообще и отечественной медицины, в частности, способствовали тому, что на лекциях анатомические данные освещались не только с узко практической*точки зрения, но также с исторической и философской. Лекции Шевкуненко являются примером блестящего сочетания теории с практикой, свидетельствующим о глубоком знании автора и умении применять диалектический метод в исследовании. Ни один анатомический факт, ни одна особенность строения той или иной области, ни один разработанный на кафедре оперативный доступ и прием не были основаны только на теоретических предпосылках. Разработке того или иного способа операции предшествовало длительное изучение предлагаемого метода в сек' ционном зале, в эксперименте и затем только — в клинике.

Предложенные кафедрой оперативной хирургии оригинальные оперативные доступы и приемы отнюдь не вызваны стремлением к новшеству и желанием внести нечто оригинальное. В основе каждой разработанной операции лежит стремление индивидуализировать оперативный доступ и прием, отойти от принятой схемы оперирования, покоившейся на понятиях нормы, с тем чтобы в каждом отдельном случае применять прием, соответствующий особенностям строения данной системы или обла сти у данного человека. В течение многих лет В. Н. Шевкуненко работал со своими учениками над основной, весьма важной для практического хирурга проблемой сочетания внутренних различий в строении с внешними очертаниями тела человека. Многие знают, что встречаются особенности строения того или иного нерва, различия в ветвлении того или иного сосуда, но еще не существует метода, позволяющего с достоверностью определить, каков характер строения, присущий данному человеку _ В этом отношении работы В. Н. Шевкуненко над проблемой различий телосложения являются важным вкладом в практическую медицину.

Наличие огромного количества предложенных схем различий телосложения не облегчало положения практического врача. Виктор Николаевич и в этом направлении

пошел по оригинальному пути: в основу своей классификации типов телосложения он положил генетический метод анализа, в результате чего отошел от понятия «конституции*.

Установление различий в телосложении человека, анализ строения отдельных органов, систем и областей в зависимости от типа телосложения, представляют собой нечто существенно новое, практически необходимое для врачей различных специальностей. Если на первом этапе развития учения об индивидуальности на кафедре Шевкуненко разрешался вопрос определения различий топографии областей, органов и систем с точки зрения частоты той или иной особенности строения в связи с типом телосложения, то в последующие годы внедрение генетического метода в анализ наблюдавшихся различий позволило открыть новую страницу практической медицины и анатомии. Применение генетического метода повело по пути выяснения изменчивости той или иной системы или органа, причем в основе изучения изменчивости лежит исторический процесс формирования данной системы.

Учение об изменчивости органов и систем представляет собой развитие идей Дарвина, изучившего изменчивость видов. В. Н. Шевкуненко встал на путь выяснения изменчивости отдельных систем человеческого организма.

Полученные данные об изменчивости спинальной и вегетативной нервной системы были в дальнейшем многократно подтверждены не только клиникой, не только анализом исходов отдельных операций на центральной и периферической нервной системе, но и путем эксперимента в физиологических и гистологической лабораториях.

Заслуги В. Н. Шевкуненко в этом отношении еще недостаточно оценены. Пройдут, может быть, многие годы, прежде чем разработанный им метод исследования и установления изменчивости всех органов и систем тела человека позволит значительно глубже проникнуть в течение патологического процесса ряда заболеваний.

В своей практической деятельности он никогда не ограничивался только вопросами своей специальности, не позволял окружающим его ученикам уходить от действительной жизни. Кроме любви к своей специальности, Виктор Николаевич воспитывал в своих учениках любовь к истории отечественной медицины, любовь к родине. Вся деятельность В. Н. Шевкуненко, вся его система преподавания и воспитания учеников являются исключительной глубины образцом преданности и любви к родине. Ни одна война не проходила мимо коллектива, который возглавлял Виктор Николаевич. Сам он, еще будучи молодым врачом, принимал деятельное участие в русско-японской войне. Когда разразилась первая мировая война, все ассистенты Шевкуненко ушли в действующую армию, а сам он, не оставляя работы на кафедре, уделял огромное внимание эвакуации раненых, оказанию им помощи. Десятки госпиталей находились под его наблюдением. С утра до позднего вечера (да и ночью) Виктор Николаевич объезжал их, контролируя работу врачей, оперировал и учил.

С окончанием первой мировой войны ассистенты В. Н. Шевкуненко возвратились на кафедру, принеся с собой значительный хирургический военный опыт. В пос ледовавшую гражданскую войну В. Н. Шевкуненко, снова отправив своих ассистентов на фронты, и сам принял в ней деятельное участие.

В Великую отечественную войну первое поколение учеников Виктора Николаевича занимало ответственные, руководящие посты в военно-медицинской службе. С самого начала этой войны все сотрудники Шевкуненко ушли в действующую армию, а сам он в числе главных специалистов организовал работу по накоплению и изучению опыта Отечественной войны при Главном военно-санитарном управлении Красной Армии, одновременно с этим ведя преподавание на вновь организованном командном факультете в Военно-медицинской академии. Его лекции отражали опыт войны и вооружали врачей, отправляющихся в действующую армию, актуальными материалами текущего дня.

Во всей работе Виктора Николаевича сквозит глубокая любовь к родине, патриотизм и гордость за русский народ. Этим отличалась и его деятельность по созданию авторских коллективов, работавших над учебниками и отдельными пособиями. Многие поколения студентов изучали топографическую анатомию по переводным иностранным руководствам, в которых очень мало отражены достижения отечественных

хирургов и не упоминаются работы, исследования и наблюдения, сделанные в наших институтах и клиниках. Это побудило Шевкупепко более 20 лет назад приступить к созданию первого оригинального многотомного руководства по оперативной хирургии и топографической анатомии, которое выдержало ряд изданий. В последующие годы менялся авторский коллектив: старшие товарищи уходили на самостоятельную работу и их места занимало повое поколение. Выпускались повые руководства: „Краткий курс топографической анатомии", „Курс оперативной хирургии", „Краткий курс •оперативной хирургии с топографической анатомией"; наконец, в годы Отечественной войны была издана „Техника хирургических операций для врачей войскового района"- Можно с полным правом сказать, что В. Н. Шевкуненко является учителем трех поколений хирургов, а по стилю, направлению и содержанию работы — продолжате. лем великих идей Н. И. Пирогова.

В 1943 г. созданный под руководством Шевкунепко атлас, в котором сосредоточены все исследования, проведенные им и его учениками, посвященный вопросам измепчивости первпой и вепозпой системы, удостоен Сталинской премии первой степени.

Несмотря на большую работу в своей области, В. Н. Шевкуненко никогда не отходил от общественной деятельности. Он интересовался ею так же убежденно и последовательно, как своей специальностью.

Являясь в течение ряда лет членом Ленинградского совета, оп систематически рвботал по вопросам организации и улучшения постановки дела в высших школах Ленинграда.

Труды В. Н. Шевкуненко на общественном, научном и педагогическом поприще высоко оценены родиной. Он получил ряд правительственных наград, свидетельствующих об его кипучей деятельности, которой он не оставляет на протяжении 50 лет. Редкое счастье — юбилей полувековой плодотворной деятельности на пользу человечества, на пользу родины — выпало на долю Виктора Николаевича.

Пятьдесят лет В. Н. Шевкуненко высоко несет знамя русской науки, и за эти годы много новых ярких страниц вписано им в историю отечественной медицины.

Пятьдесят лет в рядах Армии — это срок, па протяжении которого В. Н. Шевкуненко отдавал все силы на укрепление обороноспособности нашей родины, никогда не отступая от своей цели, отличаясь исключительной искренностью, последовательностью в суждениях, принципиальностью, честностью в отношении к труду, глубокой любовью к науке и беззаветной преданностью родине. Эти качества характеризуют весь его жизненный путь, который для всех врачей нашей родины может служить исключительным примером.

Пожелаем дорогому учителю еще много, много лет здравствовать *и* работать па пользу родипы и пауки!

★

Засл. деят. науки пр оф. Д. М. РОССИЙСКИЙ

ПЕРВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ЖУРНАЛ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Первая русская газета «Ведомости о военных и иных делах, достойных знания и памяти, случившихся в Московском государстве и во иных окрестных странах' была выпущена в Москве еще при Петре Великом, в самом начале XVIII века — 2 января 1703 г.; первая же отечественная врачебная газета появилась только в конце XVIII века. Первый номер русской медицинской газеты „С.-Петербургские врачебные ведомости' вышел в Петербурге в царствование Екатерины II, 2 ноября 17э2 г. „С.-Петербургские врачебные ведомости', соиздателем и редактором которых является проф. Федор Иванович Уден, просуществовали всего около двух лет и о2-м номером, вышедшим 4 июня 1794 г., закончили свое существование.

После прекращения издания „С.-Петербургских врачебных ведомостей' русские врачи в течение ряда лет не имели своего печатного врачебного органа, и только спустя 14 лет после прекращения издания первой русской медицинской газеты, в 1808 г., в Москве начал выходить „Медико-физический журнал или Труды Общества соревнования врачебных и физических наук', издававшийся „Обществом соревнования врачебных и физических наук', именовавшимся также „Московским медико-физическим обществом' — первым научным медицинским обществом в России.

„Медико-физический журнал', по своему содержанию являвшийся полноценным для того времени научным журналом, выходил через большие промежутки времени: первый номер вышел в октябре 1808 г., второй — в 1812 г. (он почти весь погиб во время пожара Москвы), а третий — и последний — номер, с выходом в свет которого прекратилось издание „Медико-физического журнала', был отпечатан только в 1821 г.

Но примеру „Общества соревнования врачебных и физических наук' Медико-хирургическая академия в Петербурге с 1811 по 1816 г. издавала „Всеобщий журнал врачебной науки'.

Журналов, специально посвященных вопросам военной медицины, до 20-х годов XIX столетия в России не было. Первым отечественным журналом, специально посвященным вопросам военной медицины, является вышедший в 1828 г. „Военно-медицинский журнал'.

„Военно-медицинский журнал' основан по мысли баронета Я. В. Виллие в 1822 г. Издание его на основании доклада Военно-медицинского департамента, утвержденного 22 июля 1822 г., было предоставлено Медицинскому департаменту Военного министерства с целью „знакомить военных врачей со всеми новыми открытиями и усовершенствованиями врачебной науки'. Журнал выходил книжками в 10 печатных листов через 2 месяца, всего 6 книжек в год.

Для редактирования журнала был составлен особый комитет из заслуженных врачей военного ведомства. Главными редакторами за первую четверть века существования журнала (с 1823 по 1846 г. включительно) были последовательно проф. П. А. Чаруковский, С. Ф. Хотовицкий и П. А. Наронович. За это время было выпущено 144 книжки журнала.

Цели и задачи „Военно-медицинского журнала' излагаются в „Предуведомлении* к первому выпуску журнала.

„Между тем как иностранные земли почти преизбыточествуют врачебными сочинениями, между коими журналы занимают весьма значительное место, не издается в России ни одного, с нескольких лет, на отечественном языке.

Медицинский департамент Военного министерства, приняв в рассуждение необходимость доставить военным врачам способы ознакомиться с успехами врачебной науки, считает наиприличнейшим для него средством приступить к изданию журнала; на что по предначертанному плану и удостоился он получить высочайшее соизволение.

Русские военные врачи, находясь в разных, весьма отдаленных частях империи, если бы и могли употребить значительные для них издержки на выписку иностранных журналов и преодолеть затруднения, происходящие от отдаленности, остаются в неведении, что сделано в пользу врачебной науки в свете, потому что ббльшая часть из них не знает иностранных языков.

Журнал сей заключать будет следующее:

1. Оригинальные рассуждения по всем частям внутреннего и наружного врачевания, имеющие целию клиническую пользу с приноровлением, где нужно, к военной медицине.

2. Подобные же рассуждения, извлеченные из иностранных сочинений, и переводы небольших сочинений, есть ли они особенно полезны.

3. Таковые же рассуждения о ветеринарном врачебном искусстве.

4. Из вспомогательных наук то, что полезно для медицины.

5. Гошпитальную часть.

6. Смесь (медицинского содержания).

7. Официальные известия для военных врачей, как-то: производство, особые награды, исключение умерших, показание вновь определенных чиновников, перемещение их и т. д.

Медицинский департамент Военного министерства приглашает всех врачей Российской империи Принять участие в издавании сего журнала и в особенности в трудах, в I пункте означенных, и таким образом споспешествовать усовершенствованию врачебной науки в своем отечестве'.

В первом номере журнала за 1823 г. помещены статьи д-ра медицины и хирургии Ф. Гейрота „О нервной горячке и ТурИо*, главного д-ра Артиллерийской госпитали Арендта „О губчатом артериальном желваке* и д-ра О. Гейрота „Об египетском воспалении глаз*.

Затем помещено описание случаев, доказывающих „несомнительную пользу обливания холодной водой пои отравлении опием*. „Заметки по судебной медицине о способе ОТКРЫТИЯ присутствия опия при отравлении им* и смесь, в которой приводятся указания о лечении носовых и ушных полипов, сведения о ядовитых персидских клопах и о новых книгах.,

Во ВТОРОМ номере журнала, кроме продолжения статей о нервной горячке и об египетском воспалении глаз, помещены интересные наблюдения о Кавказских минеральных водах.

В третьем номепе напечатаны статьи о холепе и водобоязни.

Весьма богатый клинический материал дает „Военно-медицинский журнал* в 1824 г., в котором напечатаны следующие работы: д-ра Ремана „Появление восточной холеоы на Средиземном и Каспийском моое*; д-ра Ф. Гейрота „О госпитальной изнурительной лихорадке, горячке и антоновом огне*; ппоф. Савенкова „Описание излечения расширения подключичной боевой жилы через перевязывание сего сосуда*; „Описание глазной болезни, господствовавшей между матоосами Кронштадтского порта в 1823 г.*; „Операция аневризмы аг(. 111ас. ех(егпае*;„О воспалении глаз, господствующем в Таврическом полуострове*, „Новейшие известия о Кавказских минеральных водах*; „Поививание овечьей оспы*: „Правила для руководства судебного врача пои исследовании отравлений*; „О грудной жабе*; „ИСТОРИЯ С успехом произведенного перевязывания подвздошной наружной аптерии в полости таза по случаю аневризма в паху*; „Впрыскивание рвотного в вены в поипадках от глистов*; „Свойства и опасность укушения тарантула*; „О цинхонине и хинине*; „О цынге*; „О черновике (Me1ano81з)*; проф. Савенкова „Руководство врачам пни осмотре мертвых человеческих тел*; д-ра Буяльского „О венерических язвинах в гортани*.

Большой интерес представляет напечатанное в „Военно-медицинском журнале* за 182-< г. (часть XI, № 1) сообщение д-ра медицины П. Чаруковского „О стетоскопе и признаках, помощью его открываемых*.

Автор говорит, что в 1819 г. французский врач Леннек „предложил орудие, коего великая польза, касательно распознавания болезней грудных органов, подтверждена бесчисленными опытами*. „Орудие сие, которое он назвал стетоскоп, есть цилиндр крупного, но не очень тяжелого дерева, длиною в фут, а толщиною в шестнадцать линий, в средине просверленный во всю длину, полостью в ТРИ ЛИНИИ*. „Помощью стетоскопа, — пишет Чаруковский, — открываются следующие признаки ГРУДНЫХ болезней: 1) отражение голоса в груди, 2) изменение дыхания и 3) биение сердца*.

Представляет интеnес напечатанный в „Военно-медицинском журнале* за 1827 г. (часть IX, № 3) и за 1899 г. (часть XIV, № 3) обзоп учения Ганемана о гомеопатии и мнения по поводу гомеопатии, высказываемые на страницах журнала. В заключение статьи „О гомеопатии* (1829, № 3) ГОВОРИТСЯ: „ОПЫТ научает нас, что некоторые вещества и в самом малом количестве могут оказывать действие; но сего никак иельзя применять к гомеопатическим лекарствам, потому что биллионная или триллионная часть капли лекарства едва ли даже попадает в пищеприемное горло, а тем менее в желудок, и еще менее в кровь.

Где нет ничего,"там не может быть никакого действия; где нет ПРИЧИН, там не бывает следствий. Итак, очевидно, под именем гомеопатии во всех сих случаях должно разуметь не иное что, как целительную силу природы, а потому лечение такое есть, по всей справедливости, выжидательное.

И в сем том смысле гомеопатическое, или, лучше сказать, выжидательное, лечение достойно уважения, в котором однакож тотчас откажет ему истинный врач, как СКОРО видит, что миллионная часть капли лекарства почитается причиною выздоровления там, где одно отдохновение, хорошая пища и свежий воздух достаточны были для поправления ЗДОРОВЬЯ, — как скоро он удостоверяется, что гомеопатики в критических случаях прибегают, более нежели смело и даже не краснея,

к сильнейшим приемам героических лекарств и, покрывая таковые поступки благовидною личиною своей системы, причиняют несомненный вред обществу".

Особенно много внимания уделялось в журнале вопросам военной хирургии, профилактике инфекционных болезней, вопросам организации медицинского обслуживания армии в мирное и военное время, военно-санитарной статистике и военной гигиене,

В 1846 г. Военно-медицинский ученый комитет передал журнал в распоряжение директора Военно-медицинского департамента, который реформировал журнал по новой программе. '

Журнал должен был выходить 4 раза в год книжками в 8—10 печатных листов и включать следующие 8 отделов: практическая медицина и хирургия, военно-медицинская клиника и казуистика, военная гигиена и военно-медицинская полиция, судебная медицина, фармация и ветеринарная наука, библиография, военно-медицинская статистика, официальные известия и смесь.

Редакторами журнала в середине XIX столетия были сначала директор медицинского департамента Министерства внутренних дел проф. Е. В. Пеликан, а затем наш известный историк русской медицины проф. Я. А. Чистович.

В 1849 г. в целях улучшения журнала и предоставления военным врачам монографических сочинений по всем медицинским специальностям к журналу в виде отдельного приложения ежегодно прилагалось по одной наиболее выдающейся монографии по той или другой отрасли медицинской науки.

В 1857 г. по докладу редактора „Военно-медицинского журнала" проф. Я. А. Чистовича журнал вновь был реформирован, причем по новой программе журнал должен был состоять из шести отделов (официальная часть, практическая медицина, судебная медицина и гигиена, ветеринарная наука, библиография и смесь) и выходить ежемесячно отдельными книжками от 10 до 12 листов в каждой, причем к журналу в виде приложений давались также и отдельные монографии по различным медицинским специальностям.

С 1823 по 1864 г. вышло 224 книжки журнала, содержащие богатейший научный и научно-практический материал по всем медицинским специальностям.

Старейший русский военно-медицинский журнал, издававшийся Главным военно-санитарным управлением с 1823 по 1917 г., прекратил свой выход на ССХЫХ томе, на 95-м году издания, выпуском номера май—декабрь 1917 г.

В этом последнем номере имеется оповещение редакции о закрытии журнала, в котором говорится:

„Заканчивая издание „Военно-медицинского журнала" за 1917 г. настоящей книгой, являющейся вторым томом 95-го года издания, редакция считает долгом оповестить подписчиков и читателей журнала, что настоящий 1918 год является роковым в жизни нашего издания вследствие целого ряда причин, прежде всего экономического характера.

С возникновением настоящей мировой войны и по мере развития ее издание „Военно-медицинского журнала" представляло много осложнений и становилось все более и более затруднительным".

Указывая на большие финансовые затруднения, препятствующие продолжению издания журнала, редакция заканчивает свое обращение к читателям следующими словами: „Мы твердо надеемся, что, пока будет существовать русская армия, пока наши военные врачи будут стремиться к научной работе и благородной цели — посвящать эту работу для благополучия русского гражданина и воина, до тех пор жизненной потребностью для них будет иметь свой научный орган и „Военно-медицинский журнал" не умрет, а если временно впадет в летаргию, то пробудится от нее".

Выходившие после прекращения издания „Военно-медицинского журнала" различные военно-медицинские сборники и издававшийся Военно-медицинской академией, журнал „Архив медицинских наук", носивший с 1930 г. наименование „Военно-медицинский журнал", освещавший главным образом научно-исследовательскую деятельность Военно-медицинской академии, не могли удовлетворить полностью массу военных врачей, вследствие чего с 1929 г. стал выходить новый военно-медицинский журнал под названием „Военно-санитарное дело", являвшийся органом Военно-санитарного управления РККА.

В предисловии к первому номеру журнала (январь—февраль 1929 г.) редакция обращается к читателям со следующими словами: „Приложение коллективных усилий всех военно-санитарных работников в деле повышения санитарного состояния Красной Армии и улучшения ее санитарного обслуживания встречало до настоящего времени значительное препятствие ввиду отсутствия соответствующего периодического-издания.

Выходившие с большими перерывами военно-санитарные сборники и время от времени издаваемые на периферии другие материалы не были в состоянии удовлетворить все более возрастающие потребности.

Изданием журнала „Военно-санитарное дело" осуществляется уже давно высказываемое желание военно-санитарных работников иметь периодический орган как арену для обмена мнениями по вопросам здравоохранения Красной Армии.

„Военно-санитарное дело", содержавшее до Великой отечественной войны ряд специальных разделов военной медицины (организация военно-санитарной службы,

физиология военного труда и военно-профессиональный обзоры,, труд и быт военно-сапитарпой службы и др.), во время войпы значительно расширило свое содержание, включив ряд повых разделов (лечебпо-эвакуациоппый, организация и тактика сапитарной службы, вопросы противоэпидемической защиты войск, вопросы гигиены и санитарпо-химической защиты войск и др.), *и в* целях продолжения лучших традиций первого русского воеппо-медицинского журнала, вышедшего в 1823 г., с 1944 г. получило наименование „Воеппо-медицинский журнал'.

Первый русский журнал по военной медицине, являющийся в то же время одним из первых и старейших врачебных журналов в нашем отечестве, сыграл большую роль в деле развития отечественной медицины, и из 700 медицинских периодических журналов, выходивших в XIX столетии, „Воеппо-медицинский журнал" может гордиться своим более чцм вековым существованием.

★

Полковник мед, службы Н. Н. ИВАШОВ и И. М. ГЕЙЗЕР

ЗАБОТА СУВОРОВА О ЗДОРОВЬЕ СОЛДАТ

В славной плеяде русских полководцев прошлого Александр Васильевич Суворов занимает одно из первых мест. Свыше 40 лет провел он в военных кампаниях и ни разу „баталии пе проигрывал". Суворов пе знал поражений потому, что был гениальным полководцем, храбрым воином, упорным и настойчивым в достижении поставленной цели, патриотом, горячо любившим свою родину.

Но Суворов побеждал врагов еще потому, что заботился о солдатах, был для пих „отцом-комапдиром". Австрийский генерал Крейц как-то спросил Суворова, как это ему удается так легко поднимать солдат на ратные подвиги.

На это Суворов ему ответил: „Безделица! Люби солдата, и он будет любить тебя — в этом вся тайна..."

В настоящей статье мы постараемся рассказать об оздоровительных мероприятиях, которые проводил Суворов во вверенных ему частях. Большинство документов, которые приводятся в настоящей статье, публикуется впервые.

Для того чтобы полностью оценить роль Суворова в заботах о здоровье солдат, следует вспомнить о тех чрезвычайно тяжелых условиях, в которых находились русские войска в XVIII столетии.

Поклонник Фридриха II, Павел I с огромным рвением вводил в армии прусские порядки. Бессмысленная муштра и шагистика, узко затянутый мундир, наказание за малейшее отступление от формы делали солдат подлинными мучениками.

О том, как чувствовал себя солдат, красноречиво говорит следующий документ. В одном из писем генерал Ржевский писал: „Солдат чисто одет, но везде стянут так,, что естественных нужд отправлять не может: ни стоять, ни сидеть, ни ходить ему нельзя".

Каторжная жизнь солдат усугублялась еще тем, что их зачастую жестоко эксплоатировали, используя как даровую рабочую силу. В одном из приказов Румянцев обращает внимание генерала Эссена на то, что „... имел неудовольствие увидеть из дошедшего до него рапорта, что в местечке Бузео разных полков и в немалом числе находятся воинские чины частично при обозах, а частично для кошения и заготовки сепа..." Румянцев приказывает „паистрожейше запретить отлучать солдат от полков па услуги партикулярные ..." (из приказа Румянцева генералу Эссепу от 22. VIII.! 771 г.).

В результате тяжелых условий солдатской жизни и низкого уровня медико-санитарного дела заболеваемость и смертность в частях были очень высоки. Так,, в 1757 г. в семи пехотных и одном гусарском полках, находившихся под командованием генерала Фермера и Литве, из наличного состава в 11 200 солдат 1 106 числились больными (или около 10%). ■

В расположенном в Крыму Полоцком пехотном полку с 25.11 по 10.111 1793 г. умерло 11 человек, и за 18 дней апреля того же года — 43 человека. В Троицком полку за 6 дпей марта 1793 г. умерло 6 человек, а за 21 день апреля того же года-18 человек.

Беспрерывные войны, которые Россия вела в XVIII столетии, значительная убыль в личном составе армии от ранений, заболеваемости и смертности заставили Суворова со всей серьезностью отнестись к медико-санитарному обслуживанию солдат во вверепных ему частях. Так, в приказе от 6.V.1793 г. Суворов пишет: „К общему сожалению, усматриваю из рапортов... хотя ко всемерному сохранению здоровья, неоднократно от меня предписываемо было, но не токмо в том никакого успеху нет, но в ежечастном возрастании свирепствует смертельность".

„Строго предписываю полковым начальникам войтить в особливое попечение и соблюдение солдатского здоровья и в примечательное уменьшение больных, преподавая все способы в излечение их, и отнюдь не допущать людей ни в малейшие

"рипадки: хотя бы где сие и не случилось, то строжайше начальникам разыскивать от какого небрежения оное последовать могло, и взыскивать с виновных неослабно, о чем я крайне смотреть не упущу* (из приказа Суворова от 18.1.1793 г.).

В „Науке побеждать* в чрезвычайно сжатой форме сформулировано воинское кредо Суворова: „Субординация, экзерциция, дисциплина, чистота, здоровье, опрятность, храбрость, победа*. Мы видим, таким образом, что „чистота, здоровье и опрятность* являются в представлении великого полководца важнейшими элементами в достижении победы.

В приказе Суворова от 31.X.1793 г., в разделе „Здоровье*, читаем: „Драгоценность блюдения оного в естественных правилах. Питье — квас, для него двойная посуда, чтобы не было молодого и перекислого; коли вода, то здоровая или нечто приправленная. Еда — котлы вылуженные, припасы, здоровые, хлеб выпеченный, пища доваренная, не переваренная, не отстоянная, не подогретая, горячая и для того, кто к каше не поспел, лишен ее. На тот раз. Воздух, — в теплое время отдыхать под тенью без обленения, ночью в палатках укрываться, в холодную, и отнюдь бы в них сквозь ветер не был. Чрез ротных фельдшеров довольный запас в артелях ботанических средств. Сие подробнее и для лазаретов описано в примечаниях искусного штаб-лекаря Белопольского*.

Суворов строго следил за тем, чтобы солдат получал все положенное ему по норме. В суворовских архивах можно найти много чрезвычайно интересных документов, иллюстриоующих борьбу, которую он вел в интендантских управлениях с „любителями поживиться за счет солдат*. Во время больших походов при отсутствии походных кухонь Суворов все же добивался, чтобы солдат копмили исправно. Приучая солдат к трудолюбию, он умело сочетал труд с необходимым отдыхом.

„Неприятель думает, что ты за сто, за двести верст, а ты, удвоив, утроив шаг богатырский, нагрянь на него быстро, внезапно...* Так не только учил, но и делал Суворов, часто сваливаясь на неприятеля, как снег на голову.

Но осуществлять огромные марши и часто бросать войска с хода прямо в бой Суворов мог потому, что тщательно обдумывал все стороны предстоящего похода, добиваясь, чтобы солдаты не выбивались из сил. Во время знаменитого похода Суворова из Италии во Францию войска проходили ежедневно по 28 км. Выступали они ночью, шли 7 км, потом делали привал на час; затем вновь проходили 7 км, после чего делали привал на 3—4 часа, варили пищу и обедали. После обеда войска шли 7 км и опять час отдыха. Наконец, шли последние 7 км и — ночлег.

Суворов требовал от подчиненных бережного отношения к солдату. В „Науке побеждать* он пишет: „Кто не бережет людей, офицеру арест, унтер-офицеру и ефрейтору палочки, да и самому палочки, кто сёбя не бережет*.

В приказе по войскам Крымского и Кубанского корпусов он 16.X.[1]778 г. Суворов требует от медицинских работников честного *и* заботливого отношения к делу: „... надзиратели в лазаретах при слабых и больных должны быть люди честные, попечительные, трудолюбивые и бескорыстные...* ;„ ... ротным фельдшерам быть в их должности исправнейшими и строго к оным от лекарей и подлекарей приобученными...*.

Суворов неослабно следил за движением заболеваемости и смертности в частях. Предельно допустимой заболеваемостью он считал 1%. Если больных оказывалось больше, он немедленно „учинял следствие* для выяснения и устранения причин этой повышенной заболеваемости.

Так, „по исследованию посланных в марте месяце в полки, расположенные во вновь приобретенной области, а паче Полоцкой, по несоразмерному числу в оном против прочих умирающих, найдено, что таковая смертность свирепствует от сырости казарм, построением оконченных прошлого году в декабре месяце из сырого кирпича и камня, да также от нечистых глубоких и гнилых тогда же построенных землянок*.

В том же документе он отмечает, что заболеваемость и смертность являются также результатом „недостатка дров, как в свое впемя заготовлены не были, в расстоянии 75—30 верст доставляемы были солдатами пешком (хотя это от меня и запрещено было). Солдаты в холодное время почти через сутки имели только обогревание, да и от сырости не могли себя осушивать и от намерзания стен была непрестанная мокрота*.

Суворов направляет в Полоцкий, Троицкий и Алексопольский полки подполковника Корицкого и дивизионного врача для расследования на месте и донесения „о содержании как здоровых, так и больных*.

Суворов категорически требует от командиров принятия решительных мер „к укрощению той смертности, каковая несообразно всем правилам свирепствует, и привести людей в надлежащее сбережение, обозревая лично в полках каждому подчиненных содержание и соблюдение людей, и установить все то, что может быть к пользе здоровья*.

В результате принятых мер заболеваемость в полках снизилась, и Суворов в одном из последующих своих приказов отмечает, что „попечением господ полковника кава-

лера Маркова, подполковника Корицкого, а паче искусством штаб-лекаря Белопольского Полоцкий пехотный полк приведен в совершенное благосостояние...".

Суворов считает своей „обязанностью свидетельствовать признательную благодарность. Усердие сие останется примером против всякого нерадения" (приказ № 858 от 6.V. 1793 г.).

■ Болезнь легче предупредить, нежели лечить ее. Это прекрасно понимал Суворов, поэтому он и его штаб-лекарь Белопольский уделяют огромное внимание профилактическим и санитарно-оздоровительным мероприятиям. Суворов требует от подчиненных „иметь ежевременное попечение о соблюдении паче здоровья здоровых..'.".

В „Правилах медицинским чинам" штаб-лекарь Белопольский в и. 2 требует искать причины заболеваемости „не в лазаретах между больными, но между здоровыми в полках, батальонах, ротах, корпоральствах и разных отдельных командах...".

В приказе от 1б.У.1778 г. Суворов рекомендует обращать внимание на качество' пищи и питья: „Последнему принадлежит, где не лутчая вода, таковая отварная и отстоенная; слабым — сухарная или с уксусом; к пище же — выпеченный хлеб, исправные сухари, теплое варево и крепко полуженные котлы.

Застоенную, олуделую пищу отгюдь нс употреблять, но надлежаще варить, а по употреблении вымывать и вытирать котлы сухо. Обуви и мундирам быть не весьма тесным, дабы в обуви пссти-ка употребляться могла. Наблюдать весьма чистоту в белье неленостным вымыванием оного...".

В своих приказах Суворов часто ссылается на штаб-лекаря Ефима Белопольского, которого высоко ценил, считая крупным авторитетом в области медицины. .Нам, к сожалению, не удалось обнаружить „Полковой лечебник" Белопольского, который Суворов неоднократно упоминает. Но в архивах мы нашли „Правила медицинским чинам" (публикуется впервые), разосланные по подведомственным Суворову полкам. Документ, который мы полностью приводим, показывает, что для своего времени Белопольский был, действительно, выдающимся врачом-профилактиком.

ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКИМ ЧИНАМ[1]

]. Иметь всем непременно предписания его сиятельства г. генерал-аншефа и разных орденов кавалера графа Александра Васильевича Суворова Рымникского и оным' чинить точные выполнения, отделивши от здоровых больных, слабых, хворых и льготных, всех особо.

2. Причины умножающихся болезней ведать непременно, и выискивать оные не в лазаретах между больными, но между здоровыми в полках, батальонах, ротах, корпоральствах и разных отдельных команд, исследовав их пищу, питье, строение казарм и землянок, время их построения, пространство и тесноту, чистоту, поварную посуду, все содержание, разные изнурения. О чем вам доносить полковнику или другому командиру, а в другой раз уже в главное дежурство.

3. Стараться, чтобы домашними простыми лекарствами запасены были все артели, которые и описаны в предписаниях его сиятельства, да еще и сверх оных, где можно, иметь корку молодой ракиты на место хины, дрок-траву, цветы донничные, водоперечник татарской (Ьубгор1рег ипапсшп), корень чистотела или омана (йе1епштХ корень мыльной травы, шандру, дикую мяту, корень ирной и др.

4. Приводимых с маловажными, ничего не значащими болезнями, как-то: малыми вередами, малыми цинготными ранами и пятнами, дав им пластырь или другое лекарство, обратно отправлять в команды, не взирая ни на какие против сего роптания, ибо малая болезнь от обленения в лазарете превращается в ужасную и иногда смертоносную...

б. Днестровская вода хотя и не совершенной доброты, однако и не столь худа как с первого взгляду кажется, ибо она всегда быстрое течение имеет. Весь же происходящий от оной вред состоит в мутности иловатой, который садится на желудке тяжело и производит разные болезни. Почему и нужно оную отстаивать в чанах с чопом на 7 вершков, сделанным по опыту господина полковника и кавалера Маркова. В сии чаны воду вливать в вечеру, которая через ночь совершенно отстаивается и поутру на варение и питье годною становится. Но в питье оную употреблять только в том случае нужды и во время похода, размочив еще в ней хлеб или сухари; в другое же время нужен хороший квас во всех артелях и в лазарете.

б. Здоровым рыбу днестровскую употреблять в пищу без всякого сомнения, но только чтобы она была свежая, либо приколотая, присоленная и хорошо уваренная.

7. Цинготная болезнь в сей стране более опастною оказалась и берет на себя маски разных других болезней, которую лечить наиболее чистотою, соблюдаемою во всем благовременным истреблением всех причин, оную производящих, которые, усилившись, делаются иногда, наконец, непреоборимыми; свежею кислою пищею и питьем, с движением; иногда переменою лагерного места и ежедневным купанием в быстротекущей реке; просторным расположением всех здоровых, больных, слабых, хворых, льготных,— всех особо; потом кислою капустой, хреном, капуаном, горчицею, водяным трилистником, дикою жерухою (егу81шит), табаком, полынем, кровавиком, холодными

[1] По поручению генерал-аншефа Суворова Правила разосланы по подведомственным ему войскам З.У1П.1793 г.

ваннами, уксусом, которым, смешавши с водою, тереть и рот полоскать; дегтяным квасом и водою, водою, напоенную настоянным воздухом (адиа аёПэ 11х1), и лимонами, по возможности; курить казармы смолою и стружками дектяных бочек. Купание в морской воде, где можно, исцеляет от цынги и чесотки; гуща квасная из муки в сих болезнях весьма полезна. Лихорадки лечить, кроме слабосильных, рвотных, горьких, соленых, наконец, крепительных лекарств, наипаче воздержанием от пищи и питья и употреблением сначала распущенной в воде сибирской соли с сурмянным тартаром, положа оного на прием 14 доль грана, не для рвоты, но для разжижения густой желчно-клейкой лихорадочной материи. На другие болезни данные от меня ■формул^ Полоцкого пехотного полку господину лекарю Таницкому вам списать и оные в пользу больных, по рассмотрению причины, времени, сложения, степеней, болезней, лет больного — употреблять. Су клея, июня 7 дня 1793 г. Подлинное подписал штаб-лекарь Ефим Белопольский".

Учитывая уровень медицинских и санитарно-гигиенических знаний того времени, -следует признать, что Белопольский правильно намечает комплекс лечебных и профилактических мероприятий, направленных к оздоровлению условий жизни солдат и предупреждению среди них заболеваемости.

В своей лечебной и санитарно-оздоровительной работе Суворов столкнулся с чрезвычайно серьезным препятствием — острой нехваткой медицинских кадров.

Как обстояло с медицинскими кадрами в то время, видно из следующих данных: в 1771 г. на 101 пехотный полк было всего лишь 216 фельдшеров, или 2—3 фельдшера на полк. В 67 гарнизонных полках было всего 115 фельдшеров (при штате 10 цирюльников и 8 фельдшеров на полк), или 1—2 фельдшера на полк.

Суворов в данном случае находит следующий выход из положения: в одном из своих приказов он предлагает развернуть подготовку ротных фельдшеров:

«... Для сущей пользы всех военнослужащих нужно необходимо, чтобы ни одни только полевые и батальонные лекари и под ними подлекари отправляли всю врачебную должность, ибо часто бывают роты и эскадроны за 50 и более верст от лазарета. На зимних квартирах лекаря и подлекаря ниже в 24 часа доставить не можно, а нужна скорая и весьма легкая помощь, но оной доставить некому по незнанию и не научению ротных (как в других европейских государствах) фельдшеров, которые самонужнейшие правила врачебства должны знать, то для сего и нужно:

1. Выбрать по одному из роты во образе ротных фельдшеров и к ним же по одному молодому солдату или средних лет, проворных, умных, твердых, трудо-человеколюбивых, понятных, из таких, сколько можно, кои прежде в их селениях некоторое исполнение в том имели, т. е. до определения их в службу; всего же нужнее им показывать врачебные, многократно дознанные в пользовании больных, растения. Медицинским полковым чинам, которые также обязаны самонужнейшим правилам хирургическим прилежно их обучать, и сих учеников полковой или батальонной командир содержит особо и отлично от других, из которых выходят в роты или эскадроны в $1'_8$ — $2/_3$ года или в целый год, а чем ранее, тем лутче. Один будет фельдшер, лутчий успех оказавший, а другой менее его, помощник ему.

2. Полковые и батальонные медицинские чины обязаны их обучать показанием и истолкованием всех лекарств, очищающих желудок и кишки чрез рвотное и слабительное, изъясняя их силу и количество в приеме, по возрасту, темпераменту, привычке, временам года и степени болезни. Исправлением и очищением крови, сколько возможно, растениями; а наипаче еще такими, которые удобно можно набрать в России, не касаясь минеральных лекарств и иностранных.

3. На все наружние болезни, как-то; раны — разные и цинготные, ушибы, возжение, нарывы, антонов огонь, скулы — употребление спиртов, бальзамов, мазей, присыпок, припарок, пластырей и трений. Они должны уметь разнообразно кровь бросать, а наипаче из рук и ног, также и брить, но дело сие других под ними цырюльников. Полковые и батальонные медицинские чины им вверяют в ротах все лекарствы нужные по их званию для случаю необходимо скорого вспоможения больному, також и другие простые, наипаче из растения лекарственные вещи".

Слабость экономики крепостной России, низкий уровень культуры и медицинских знаний, пренебрежительное отношение к солдату как к „крепостному в мундире", которое прочно жило в сознании многих офицеров, являлись тормозом в осуществлении ряда оздоровительных мероприятий, которые намечал Суворов. Но и то, что, по настоянию Суворова, было претворено в жизнь, дало положительные результаты, позволившие великому полководцу с гордостью заявить: „Где умирает от ста один человек, у нас и от пятисот в месяц меньше умрет" (из “Вахтпарада"). „У меня в полку умирало в год редко до полдюжины. От корпуса за Дунаем до Козлуджи три недели больных отправлять назад некого было, и все живы" (из записок Суворова).

В постоянной заботе о солдатах, любви к ним, в простоте обращения с ними и следует искать секрет того, что Суворов пользовался таким исключительным авторитетом и любовью солдат. С Суворовым не было трудностей, неприступных крепостей, непроходимых болот. Всюду, куда их звал отец-командир, шли его чудо-богатыри защищать родную землю от вражеского нашествия или приумножать славу и благоденствие своей отчизны. ’

'★■_

БИБЛИОГРАФИЯ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945 гг.)

За годы Великой отечественпой войпы по различным отраслям воеппо-медицинской науки опубликовано большое количество монографий, сборников, учебников, пособий, инструкций, указаний, наставлений и отдельных статей.

Учитывая потребность читателей в освоении опыта военной медицины, а также недостаток необходимых библиографических справочников, мы даем библиографию военно-медицинской литературы за 1941—1946 гг. *.

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

I. ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Абрамов П. В., Сапитарпое обеспечение Ростовской операции Красной Армии, ВСД, 12, стр. 41—49, 1941.

А в и о с о р М. Л., Ошибки и дефекты предшестзующих этапов сапитарпой эвакуации, в км. Об. трудов 3-й конференции терапевтов фронта, Рига, стр. 163—171, 1945. Для служебного пользования.

Акодус Я., К вопросу об объеме медицинской помощи па полковом медицинском пункте, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 286—299, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Акодус Я., К вопросу об организации первой медицинской помощи на поле боя, в кн. Военная медицина) в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 280—285, 1945 (ГВСУ Краской Армии).

Александров А., Воздушные санитары, Санитарная оборона, 12, 1941.

Александров Г., Тыл армии в Белгородско-Харьковской операции, Тыл и снабжение Красной Армии, 2—3, 1944.

А лесковский П. А., Занадворов Н. П., Медсанбат во время прорыва блокады, ВМЖ, стр. 17, май 1942.

Аминев А. М., Научная (межгоспитальная) конференция врачей в Ростове, Медицинский работник, 20.У.1943.

Аминев А. М., Первая научная конференция санитарных начальников и хирургов М-ского фронта, ВСД, 10, стр. 58—60, 1943.

Амшинский М. М., За санитарное укрепление тыла. Опыт Рогачевкжого района БССР, М. — Л., Медгиз, стр. 30, 1941.

А м х а н и ц к и й Е., Санитарное обеспечение наступательной операции при бездорожье, Тыл и снабжение Красной Армии, 10, 1942.

Ананьев И. А., Основные этапы развития санитарной статистики и учета в Красной Армии, в мн. 2-я научная конференция, тезисы докладов, Куйбышев, ВМА, стр. 82—84, 1941.

Андреев В. А., Медико-санитарная служба Военно-Морского Флота за три года Отечественной войны, Военно-морской врач, 1, 1945.

Аншелевич Р. А., К вопросу организации работы военно-санитарных поездов во фронтовом районе (по материалам войны с белофиннами), в кн. Тр. ВМА, т. 29, стр. 133—165, 1941.

Арапов Д. А., Опыт работы медсанроты в десанте, в кн. Тр. УМСЛри начальнике ВМФ, т. II, в. 1, № 2 б. м., 89 стр. 1943.

Аролович С. М., Работа врача, в военно-санитарном поезде, ВСД, 3, стр. 50—51, 1942.

Арутюнов А. И.,. Очередные "задами в организации и оказании хирургической помощи в медико-санитарных учреждениях Западного фронта, в кн. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 82—88, 1942. (СУ Закавказского фронта). Для служебного пользования.

Архангельский С. В., Медобслужизание раненых во временных военно-санитарных поездах, в кн. Медицинский сборник, № 1, б. м., стр. 35—36, 1942.

Арьев Т. Я., Некоторые вопросы работы хирургов в войсковом, армейском и фронтовом районах о сужении круга лечебно-диагностических задач и о специальностях внутри военно-полевой хирургии, ВСД, 7, стр. 27—38, 1942.

[1] Библиография составлена по данным Фундаментальной библиотеки Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, ГЦМБ Министерства здравоохранения СССР, Государственной библиотеки им. Ленина, Книжной палаты СССР и материалов МЭИ, ФЭП, сануправлений (санотделов) фронтов, округов *и* армий.

А х у т и н М. Н,, Неразрешенные задачи военно-полевой хирургии, Врачебный журнал, 2, 1941.

Ахутин'М. Н., Организация нейрохирургической помощи в армиях и на фронте в наступательной операции, Вопросы нейрохирургии, 8—9, стр. 11—18, 1944.

Ахутин М. Н., Полевые госпитальные коллекторы. Тыл и снабжение Красной. Армии, 9, 1942.

Ашурбаев Х. Р., Опыт организации санитарного обеспечения стрелкового полка в наступлении, в кн. 1-я научная конференция медиков М-ской армии, б. м., стр, 29—30, 1943. Для служебного пользования.

Багдасарьян С. М., Военная медицина на Ленинградском фронте, ВМЖ, март-апрель, 1944.

Багдасарьян С. М., Всесторонне изучать и умело- использовать опыт войны, ВМЖ, январь-февраль, 1944.

Багдасарьян С. М., 25 лет советской военной медицины, ВСД, 2—3, 1943.

Багдасарьян С. М., Забота о раненых бойцах Красной Армии, М., Медгиз,. 60 стр. с илл., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Багдасарьян С. М., Санитарная служба в боях за родину, ВСД, 2, 1941.

Багдасарьян С. М., Санитарная служба русской армии в войне 1914—1917. ВСД. 7, 1943.

Багдасарьян С. М., Сталинская забота о красных воинах, В кн. Медицинские, работники в Отечественной войне, М., стр. 41—47, 1942.

Б а н а й т и с С. И., Лечение и- эвакуация раненых на Западном фронте, в кн. Тр. 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 79, 1942. Для служебного пользования.

Барабанов А. Я., Санитарное обеспечение стрелковой роты в обороне, ВСД, 2, 1941.

Барабанов А. Я. и Со л о д и л о в Е. В., Санитарное обеспечение батальона, действующего в авангарде при преодолении- полосы инженерно-химических заграждений, ВСД, 4, 1941.

Б а р к а л а> я Н. К-, Некоторые итоги работы эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, В помощь медработникам эвакогоспиталей, 6—7, стр. 9—16, 1942.

Баркалая Н. К-, Работа эвакогоспиталей Грузинской ССР, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета, М., стр. 56—66, 1942 (НКЗдрав СССР).

Бар-кман Э., По госпиталям Куйбышевской области, Госпитальное дело, 1—2, стр. 49—51, 1942.

Барсуков М. И., Советский Красный крест на фронтах гражданской войны,. Санитарная оборбна, 4, 1941.

Бару Э. С., Санитарные летучки в армейском районе, ВСД, 5—6, 1943.

Ба си ас Л. Я., Об истории госпиталя, Госпитальное дело, 9, 1944.

Баткис Б. А., Таблица для вычисления длительности периода лечения, М 4 стр., 1943 (НКО СССР, Военфак при II ММИ).

Бацев П. М., Из опыта работы БМП и ГМП, ВСД, 4. 1943.

Беленький Р. Ю., Красный крест столицы в дни войны, Санитарная оборона, 12—13, 1941.

Белицкая Е. Я., Система учетно-статистических" показателей санслужбы. действующей армии, М. — Л., 132 стр., 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Белкин В. А., Медицинская помощь в партизанских отрядах, ВМЖ, 5, стр. 57, 1944.

Б е л о г о л о в о в Н. Н., Опыт работы подземного госпиталя на полуострове-Ханко, в кн. Тр. УМС при начальнике МСУ ВМФ, т. II, в. 2, № 3, М., стр. 8, 1943.

Белоголовое Н. Н., Подземные медико-санитарные сооружения, Военно-морской врач, 3, 3, стр. 13—21, 1944. Библиогр.

Беляев М. А., Санитарная эвакуация морем на временно используемых и попутно следующих судах, в кн. Тр. УМС при начальнике МСУ ВМФ, т. II, в. 1, № 2, М., стр. 66-—71, 1943.

Беляев М. А. и Иванов В. М., Использование кораблей для эвакуации; раненых, Военно-морской врач, 3, 1, 1944.

Беляев П. Д., Медицинское обеспечение танковой бригады при вводе ее в прорыв, ВМЖ, апрель—май, стр. 48—49, 1945.

Бередив А. О., Санитарно-тактическая обстановка и объем медицинской помощи на этапах эвакуации, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции Гб-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м,, -стр. 42—47, 1943.

Б е р д ы к л ы ч е в М. Г., Итоги работы и предстоящие задачи эвакогоспиталей НКЗдрава Туркменской ССР, в кн. Тр. оборонной республиканской сессии Туркменской научной сессии медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава; Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 7—13, 1942.

Берлинский, Специализированная помощь в армии в период декабрьско-февральской операции, в кн. Военная медицина- на; 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 9—10, Вильнюс, стр. 46—49, 1944.

Бер юшев К. Г., Медико-санитарное обслуживание Сталинграда! и Сталинградской области после освобождения их от оккупации, Гигиена- я санитария, 11—12, 1943..

Блюмин И. Ш., Основные вопросы хирургического обеспечения при планирова>-

■нии армейской наступательной операции, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 256—273, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Блюмин И. М., Транспортировка) раненых с поля боя в зимних условиях, ВМЖ, январь — февраль, стр. 55—61, 1944.

Богатырев М. Ф., Медицинская помощь в войсковом районе, Советская медицина, 1, 1943.

Богатырев М. Ф., Работа фронтового санитарного поезда в дни Великой отечественной войны, Советская медицина, 10, стр. 29, 1942.

Богаченко П. Я-, К вопросу лечебно-эвакуационного обслуживания раненых госпитальным судном, в кн. Военно-морской мед. сб., в. 5, М. — Л., стр. 20—22, 1945.

Богданов Г! М., Госпиталь в тылу противника, ВМЖ, май, стр. 61—62, 1944.

Боевые задачи обществ Красного креста и Красного полумесяца (передовая), Санитарная оборона, 12—13, 1941.

Больша1кова М., Состояние детского здравоохранения в областях, освобожденных от немецких оккупантов, и задачи органов здравоохранения, Педиатрия, 1, 1944.

Борисов Я. Н., Опыт организации летнего лагеря выздоравливающих в условиях гарнизонного госпиталя, в кн. Сан. служба в дни Отечественной войны, в. 7, Челябинск, стр. 123—125, 1945.

Б о р и сов Я. Н., Роль гарнизонного госпиталя глубокого тыла в дни Отечественной войны, в кн. Сан. служба в дни Отечественной войны, в. 7, Челябинск, стр. 3—5, 1945.

Б р о в е р Б. И., Характеристика хирургической работы военно-морского госпиталя в осажденной Одессе, в кн. Некоторые вопросы медико-санитарной службы Черноморского флота в Отечественной войне, М. — Л., стр. 21—27, 1945 (Военно-морской мед. сб., в. 3).

Бродский Э. М. и Артемьев А. И., Утепление автогрузовых машин для эвакуации раненых в зимних условиях, 1ВСД, 9, стр. 63—64. 1941.

Брусиловский Л. Я., Как увеличить оборачиваемость коечного фонда в госпиталях, в кн. Сб. научных работ эвакогоспиталей, М., стр. 11—13, 1942 (Сан-отдел СибВО).

Б р у с и л о вс к и й Л. Я. и Очкин А. Д., Долечивание раненых как неотложная проблема, в кн. Сб. работ сан. службы СибВО, 2, М., стр. 1—8, 1943.

Брюхов А. А., Работа санитарного взвода батальона во время прорыва блокады, ВМЖ, май, стр. 40—43, 1944.

Буков В., Головной полевой эвакуационный пункт, Тыл и снабжение Красной Армии, 5—6, 1944.

Буков В. А., Некоторые вопросы лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., действ, армия, стр. 5—21, 1944. (Сан. отдел М-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Буков В. А., Об организации эвакуации по назначению раненых и больных из медсанбатов, ВМЖ, июнь, стр. 18—24, 1944.

Буков В. А., Основные вопросы медицинского обеспечения Орловско-Курской операции М-ской армии, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., действ, армия, стр. 22—52, 1944. (Сан. отдел М-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Бурденко Н. Н./ Боевой опыт врачей. Несколько мыслей хирурга, Известия, 132, 6.У1.1941.

Бурденко Н. Н., Исторический этап в развитии советской медицины, Правда, 8-9.XII.1944.

Бурденко Н. Н., Место нейрохирургии в общей организации военно-полевой советской хирургии в Отечественную войну, Вопросы нейрохирургии, 6, 6, стр. 3—6, 1942.

Бурденко Н. Н,, На страже здоровья красных бойцов, в кн. Медицинские работники в Отечественной войне, М., стр. 14—18, 1942.

Бурденко Н. Н., Современная фаза военной хирургии (организация специальной помощи раненым), Госпитальное дело, 1—2, стр. 7—11, 1942.

БурингольцД. С., К вопросу об организации приема больших партий раненых, Военно-морской врач, 3, 1943.

Б у р н а з я н А. И., Задачи Ученого медицинского совета (вступительное слово начальника ВСУ 1-го Прибалтийского фронта), в кн. Материалы 1-го УМС 1-го Прибалтийского фронта, б. м., стр. 4—5, 1944.

Бурназян А. И., Некоторые вопросы организации сортировки раненых и больных в войсковом и армейском районах, стр. 66—71, 2, ВСД, 1941.

Бурназян А. И., Эвакуация и лечение легко раненых, Тыл и снабжение Красной Армии, 10, стр. 23—24, 1943.

Б у ш м а ч Д. Г., Организационные формы массовых мероприятий оздоровления призывников, Вестник офталмологии, 22, 6, 1943.

Бызов К. П., Опыт годовой работы инфекционного госпита ля, в кн. 1 -я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 82—83, 1943. Для служебного пользования.

Быков Ф. С., Дефекты эвакуации раненых и больных, Госпитальное дело. 11—12, стр. 39—41, 1942.

Вавилов А., Подвоз и эвакуация при форсировании Днепра, Тыл и снабжение Красной Армии, 5—6, 1944.

Варшавская Д. Я-, Опыт работы специального отделения фронтового эвакогоспиталя, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 9—10, Вильнюс, стр. 100—103, 1944; Вопросы нейрохирургии, 1, 1945.

Варшавский К. М., Лечение легко раненых и больных в армейском тылу, Тыл и снабжение Квасной Армии, 4, 1944.

Варшавский К. М., О практическом значении медицинской отчетности, ВСД, 12, стр. 24—28, 1941.

Васильев А. А., Анализ причин смертности, в кн. Тр. 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., стр. 204—214, 1942. Для служебного пользования.

Васильев Н. Ф., Отдаленные результаты лечения раненых по материалам госпиталя, в кн. Сэн. служба в дни Отечественной войны, 7, Челябинск, стр. 12—15, 1945.

Векслер С. И., Полковой медицинский пункт в Великой отечественной войне, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр. 24—31, 1943.

Векслер Г. Я. и Файвишенко Э. Л., Анализ причин смертности в эвакогоспиталях, в кн. Сан. служба в дни Отечественной войны, Свердловск, стр. 123—135, 1942 (материалы научных работ ЭГ УралВО).

Венхавадзе К. Ф., Итоги хирургической работы в эвакогоспиталях НКЗдрава Грузинской ССР, В помощь медработникам эвакогоспиталей, 6—7, стр. 18—25, 1942.

Веревкин М. Д., Работа эвакогоспиталей Москвы за 1943 г., Госпитальное дело, 7—8, стр. 11—18, 1944.

Веригина А. С., Некоторые итоги госпиталя выздоравливающих офицеров, в кн. Сб. трудов медсанслужбы КБФ, в. 1, Л., стр. 78—80, 1944.

Верховский Д. Н., Медицинское обеспечение войск Ленинградского фронта, ВМЖ, март—апрель, стр. 8—16, 1944.

Верховский И. М., Применение аэросаней в санитарной эвакуации, ВСД, 9, стр. 65, 1941.

Викуленко Н. М., Медицинское обеспечение М-ского стрелкового полка в наступлении, ВМЖ, май, стр. 32—36, 1944.

Виленский М. М., Охрана здоровья детства в условиях военного времени, в кн. Вопросы педиатрии, сб. 4, Хабаровск, стр. 3—12, 1943 (Хабаровская детская, клиническая больница).

Винокуров В. А. и др., Возимые носилки для ротного санитара, ВСД, 2—3, 1943.

Вишневецкий А. Ф., Организация и тактика сан. службы Красной нрмии, М., Медгиз, 180 стр., 1941.

Вишневский А. А., Некоторые итоги хирургической работы санитарной' службы Волховского фронта и задачи на ближайший период, в кн. Тр. совещания хирургов Волховского фронта 9—10 июля 1942, б. м., стр. 1—27, 1942.

Вишневский Р. В., Опыт организации работы по приему и сортировке раненых в условиях эвакогоспиталя, в кн. Сан. служба в Огечественной войне, в. 1, М.; стр. 73—76 (ГВСУ Красной Армии, Опыт работы врачей Северо-Западного фронта). Для служебного пользования.

Владимиров Б. Д. и др., Устройство и оборудование пищевых блоков госпиталей, развертываемых в школьных зданиях, Гигиена и здоровье, 3—4, стр. 53—58, 1942.

Вов с и М. С., Советская терапия за 25 лет, Фельдшер и акушерка, 11—12, 1942.

Военно-санитарная служба немецко-фашистской армии, под ред. А. И. Бурназян, б. м., 32 стр., 1943 (ВСУ Калининского фронта).

Войт емко М. Ф., Использование порожняка для эвакуации раненых (опыт Белгородской операции), Тыл и снабжение Красной Армии, 2—3. 1945.

Войтенко М. Ф., Особенность медицинского обслуживания боевых действий в населенных пунктах, Медицинская сестра, 4—5, 1944.

Войтенко М. Ф., Переправа раненых через мелкие водные преграды, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, ?Л., стр. 290—298, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Волков С. П., Санитарное обеспечение сторожевого охранения, ВМЖ, 9—10, стр. 43, 1944. *I*

Волченок М. С., Особенности ухода за ранеными при их эвакуации санитарным транспортом, Фельдшер и акушерка, 5, 1941.

Волосевич И. А., Использование роты собачьих нартовых упряжек, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 303—305, 1945- (ГВСУ Красной Армии).

Вопросы организации санитарной службы (по опыту последних боев Красной Армии). Сб. статей под ред. Н. Н. Еланского, в кн. Тр. ВМА Красной Армии им. С. М. Кирова, т. 29, Л., 288 стр. с илл. и черт: 1 вкл. *л;* схем, 19411

Воробьев В. Н., Организация восстановления лечебно-профилактических зда-

пий в освобожденном от немецкой оккупации городе, Советское здравоохранение, *Т,* стр. 37—38, 1942.

Воронин С А., Отработка медицинской документации в эвакогоспиталях, Молотов, ЭП № 44, 6 стр., 1942 (листок обмена госпитальным опытом, Кэ, 1).

Ворончихин С. И., Эвакогоспитали Удмуртской АССР, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 90—95, 1942.

Встретим зиму во всеоружии, ВСД, 10, 1942.

Галактионов А. И. и Кисин С. В., Опыт работы Сталинградского эвакогоспиталя, Госпитальное дело, 10, 1943.

Галенок А., Опыт армейского эвакоприемника. Тыл и снабжение Красной Армии, 1, 1944.

Гираер И. А., Организация и состояние специализированной помощи в армии,, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне,. № 9—10, Вильнюс, стр. 50—51, 1945.

Гарвин Л. И. и Могучий М. А., Автохирургический отряд. Из опыта работы во время Советско-финл1яидской войны, М., Воениздат, 45 стр., 1941.

Георгиевский А. С., Медицинские распределительные посты и пункты, Тыл и снабжение Красной Армии, 10, стр. 13—16, 1944.

Георгиевский А. С., Несколько слов о санитарном маневре в ходе боя, ВСД, 11—12, 1943.

Георгиевский А. С., О первой помощи на поле боя зимой, ВСД, 10,. стр. 5—11, 1941.

Георгиевский А. С., Основы организации и тактики санитарной службы в войсковом тылу, М.—Л., Медгиз, 118 стр., 1941; 2-е перераб. и доп. изд., Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, 111 стр. с алл., 1942.

Георгиевский А. С., Основы организации санитарного обеспечения эшелона развития прорыва ударной армии, ВСД, 4, 1941.

Георгиевский А. С., Отдельная рота медицинского усиления, ВМЖ, июль — август, стр. 45—51, 1944.

Георгиевский А. С., Санитарное обеспечение эшелона развития прорыва ударной армии, в кн. 2-я научная конференция, тезисы доклада, Куйбышев, ВМА, стр. 9—11, 1941.

Георгиевский А. С. и Кричевский Я. Я., Медицинское обеспечение фронтовой операции, Военная мысль, 8—9, 1943.

Георгиевский А. С. и Тарханов С. И., Опыт организации санитарного - обеспечения наступления стрелковой дивизии на узком фронте, ВСД, 10, стр. 33—40, 1943. :

Герасименко В., Санитарное обеспечение армейской наступательной операции (из опыта боев под Москвой зимой 1941—1942 гг.), Тыл и снабжение, 4, 1943.

Герасимов А. А., Санитарно-тактическое обеспечение М-ской армии, в кн. Тр. лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, сб. 3, Курск, стр. 31—40, 1944. Для служебного пользования.

Гилл ер В. Е., Работа и структура сортировочно-эвакуационного госпиталя, б. м., 150 стр*, с или., 1945. (СУ 3-го Белорусского фронта). Библиогр.

гАьденскиолд С. Н., Как и когда делить ПМП, ВСД, 1, стр. 41—46, 1943.

Гпльденскиолд С. Н., Передовые этапы санитарной эвакуации зимой, ВСД, 11, стр. 39—48, 1941.

Гнльденскиолд С. Н., Санитарное обеспечение ночных действий войск (батальон, полк), Куйбышев, ВМА Красной Армии, 66 стр. с ил л., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Год Великой отечественной войны и советское здравоохранение, Советская медицина, 7, 1942.

Гольдовский И. Д., Организация этапного лечения раненых ВМФ, Военно-морской врач, 3, 1, 1944.

Горелов Л. И., Опыт лечебно-эвакуационного обеспечения десанта на Керченский полуостров, в кн. Военно-морской медицинский сборник, 3, Л., стр. 14—20, 1945.

Горелов Л. И., Особенности организации медицинской помощи в дневном бою на льду, ВСД, 2, стр. 63—66, 1941.

Гориневская В. В., Госпитали для легко раненых в армейском и фронтовом тылу, ВСД, 11, стр. 9—12, 1941. .

Городецкий Б. М., Анализ результатов нейрохирургических вмешательств, произведенных в армейском и фронтовом районе, Вопросы нейрохирургии, 6, 8, стр. 47—51, 1944.

Гранов, О подготовке армейских врачей к оказанию специализированной помощи на фронте, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 9—10, Вильнюс, стр. 44—45, 1944.

Грачев С.. Д., Санитарный патруль, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 302—303, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Гращенков Н. И., Советская медицина в Отечественной войне. Стенограмма, лекции, М., 34 стр., 1944. (на правах рукописи).

Григорьев А. Н., Некоторые вопросы организации санитарного обеспечения •боевых действий Красной Армии на Карельском перешейке, ВСД, 2, 1941.

Григорьев, М. И., О маневре терапевтическими инфекционными госпиталями в обороне и наступлении, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., действ, армия, стр. 52—58, 1944 (сан. отдел М-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Григорьев М. И., Опыт проведения профилактических осмотров, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского района, б. м., действ, армия, стр. 127—132, 1944 (сан. отдел[1] М-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

ГришманВ. И. и Шворин Б. И., Опыт организации медицинской работы на М'-ском участке строительства укрепленных рубежей, Советская медицина, 8, стр. 27—29, 1942.

Гуков А. П., Медико-санитарное обеспечение железнодорожной артиллерии морских укрепленных районов, в кн. Тр. ВМА, т. I, М.—Л., стр. ПО—118, 1941.

Гуков А. П., О лечебно-эвакуационном обеспечении частей береговой обороны, Военно-морской врач, 1—2, стр. 38—42, 1942.

Гурвич Г. М. и Маточкин Н. Г., Опыт работы с индивидуальными планами лечения в госпитале, Молотов, ЭП № 44, 6 стр., 1942. •

Гусынин В., Роль главного хирурга в борьбе за качество лечебной помощи ,в ЭГ, Госпитальное дело, 1—2, 1942.

Гуткин А. И., Гигиеническое оборудование специализированных палат госпиталей, Гигиена и санитария, 8—9, стр. 23—27, 1943.

Гущин А. М., Медицинское обеспечение войск при форсировании реки Днепр, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 299—301, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Далин Н. П., Вопросы военно-санитарной эвакуации в глубоком тылу, Советская медицина, 1, стр. 43—45, 1941.

Данилевский И. А., Об эффективности лечения в эвакогоспиталях. В помощь медработникам эвакогоспиталей, 4—5, стр. 10—14, 1942.

Данков С. С., О работе врачей эвакуаторов М-ского фронтового эвакопункта, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 324—329, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Данович Ф. М., Хирургическая работа военно-морского госпиталя в январские дни 1944 г., в кн. Военно-морской мед. сб., в. 5, М.—Л., стр. 11—15, 1945 (Военно-морская медицинская академия).

Денисов Н. С., Основные положения при развертывании эвакогоспиталя, Больничное дело, 5—6, стр. 24—32, 1941.

Десятое М. М., О профилях работы хирурга в полевом подвижном ЭГ, Советская медицина, 17—18, 1941.

Джанелидзе Ю. Ю., Опыт изучения данных операционных журналов эвакогоспиталей, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета, М., стр. 95—100, 1942; Хиругия, 9, 1942.

Джанелидзе Ю. 1О., От адмиралтейского гофшпиталя до Кронштадтского ордена Ленина Военного морского госпиталя, Военно-морской врач, 4, стр. 4—16, 1942.

Добычин Б. Д., Хирургическое обеспечение фронта в наступательных операциях, в кн. Тр. лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, сб. 3, Курск, стр. 21—30, 1944.

Домбровский В. В., Переводы и рефераты иностранной литературы по вопросам организации и тактики санитарной службы армии и флота, Л., 44 стр., 1945 (МСУ ВМФ и ВМА).

Достижения советской медицины в годы Отечественной войны, М., Медгиз, 167 стр., 1943; Экспериментальная медицина, сб. 2, М., Медгиз, 180 стр., 1944.

Доценко, Конференция хирургов М-ской армии, ВСД, 8—9, стр. 56—57, 1943.

Драгун Б. Г., Опыт массовой авиа-эвакуации раненых на фронте, в кн. Сб. научных трудов эвакогоспиталей фронтового М-скогс МЭП, б. м., действ, армия, стр. 18—23, 1944.

Драгун Б. Г., Основные недочеты и ошибки в лечебно-эвакуационной работе этапов войскового и армейского районов, в кн. Сб. научных трудов эвакогоспиталей фронтового М-ского МЭП, б. м., стр. 3—5, 1944.

Друкарев И. Л., Опыт работы полевого подвижного госпиталя за год Отечественной войны, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 39—40, 1943. Для служебного пользования.

Дубовский В. Г., Методика изучения показателей работы госпиталя, Госпитальное дело, 7—8, 1944.

Дунин В., Передовой отряд медико-санитарного батальона в маневренной войне, в кн. Военная медицина в Великую Отечественную войну, в. 2, М., стр. 309, 311, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Дымный М., Санитарно-эпидемиологические отряды Красного креста, Медицинская сестра, 12, 1944.

Ежов Н. Н., К вопросу об организации сортировочного госпиталя, Госпитальное дело, 1—2, 1942.

Ежов Н. Н., Принципы работы сортировочного эвакогоспиталя, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета, М., стр. 279—281, стр. 36—38, 1942.

Еланский Н. Н., Основные положения по военно-полевой хирургии в современной войне, в кн. Сан. служба в Отечественной войне, в. 1, М., стр. 51—63, 1943 (ГВСУ Красной Армии, опыт работы врачей Северо-Западного фронта). Для служебного пользования.

Ермолаев В. Г., Здравоохранение Казахстана на службе обороны страны, Советское здравоохранение, 12, 1943.

Ермолаев В. Г., Некоторые вопросы хозяйственно-организационной и политико-массовой работы эвакогоспиталей Казахской ССР, Госпитальное дело, 5—6, стр. 40—42, 1942.

Ермолаев В. Г.. Работа эвакогоспиталей Казахской ССР и стоящие перед ними задачи, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 60—68, 1942.

Ермолаев П. Е.. Транспортная шина из ивовых прутьев, в кн. Сан. служба в Отечественной войне, в. 1, М., стр. 211—212, 1943 (ГВСУ Красной Армии, опыт работы врачей Северо-Западного фронта). Для служебного пользования. '

Ермоленко А. И., Опыт работы медико-санитарного батальона во время войны с белофиннами 1939—1940 гг., в кн. Сб. работ по военно-полевой и общей хирургии, посвященный 30-летию научной деятельности А. В. Смирнова, Л.,стр. 1—7,1944.

Есипов, Опыт развертывания ПМП в условиях позиционной обороны, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 320—321, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Жабин В. Е., Аппарат активно-пассивной гимнастики нижней челюсти, Стоматология, 1, 55, 1945.

Ж и г и н А. И., Организация работы отделений для выздоравливающих в госпиталях НКЗдрава СССР, в кн. Тр. 3-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР и РСФСР, М., стр. 50—54, 1944.

Жигин А. И., Работа эвакогоспиталей РСФСР, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 51—53, 1942.

Забота о раненых (передовая газеты «Правда»), в кн. Медицинские работники в Отечественной войне, М., стр. 53—55, 1942.

Завалишин Н. И., Военная медицина в Отечественную войну, ВМЖ, ноябрь—декабрь, стр. 6—11, 1944.

Завалишин Н. И., Головной полевой эвакуационный пункт, М., Медгаз, 142 стр., 1942.

Завалишин Н. И., Медицинский распределительный пост как орган управления эвакуацией, ВМЖ, январь — февраль, стр. 38—46, 1945.

Завалишин Н. И. Контрольно-эвакуационной госпиталь. ВМЖ, декабрь, 1945.

Завалишин Н. И., Санитарная служба в Великой отечественной войне, Тыл и снабжение Красной Армии, 7, стр. 67, 1942.

Завалишин Н. И. и Сельцовский П. С., Лечебно-эвакуационное обеспечение десантной операции, М., Медги-з, 56 стр., 1945 (ГВСУ Красной Армии). Длн служебного пользования.

Заветы Пирогова Н. И. и современные задачи госпитального дела, Госпительное дело, 1, стр. 3—11, 1945.

Задачи зимнего периода (передовая), ВСД, 10, стр. 1, 1941.

Задачи санитарной службы на зимний период 1942—1943 гг. (директива начальника СУ Закавказского фронта бригврачу т. Мойжес), в кн. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 25—38, 1942. (СУ Закавказского фронта). Для служебного пользования.

Захаров В. С. и Шматиков М. Д., Военно-медицинская полевая доктрина и санитарная тактика, ВСД, 8, 1941.

Захаров М,, Медико-санитарное обеспечение войск, Красная звезда,№ 138,1941.

Зворыкин И. А., Армейский специализированный госпиталь, в кн. Указания по военной медицине, в. 3, б. м., Воениздат, стр. 3—14, 1944 (СУ 2-го Украинско'го фронта).

Зворыкин И. А., Некоторые вопросы хирургического обеспечения войск в наступательных операциях фронта, в кн. Сб. работ по военной медицине 3-го Прибалтийского фронта, Рига, стр. 78—97, 1945.

Зеленский Н. М., Предварительные итоги работы комплексного профильного нейрохирургического и нервно-психиатрического госпиталя и Украинского психоневрологического института за 1941—1942 г., в кн. Сан. служба в дни Отечественной войны, т. XII, Тюмень, стр. 5—30, 1943 (травматические поражения центральной и периферической нервной системы).

Зеленский Н. М., Кварт Е. И. и Брандис С. А., Планирование лечебной работы в эвакогоспиталях, Врачебное дело, 3—4, стр. 177—180, 1945.

Зе ли к сон Б. А., Лечебно-эвакуационная сортировка раненых в ДМП, в кн. Тр. ВМА Красной Армии, т, 29, М.—Л., стр. 65—81, 1941.

З е н ь к о в и ч Г. И., Опыт медико-санитарного обеспечения кораблей малого тоннажа в Отечественную войну, в кн. Военно-морской сб., в. 5, М.—Л., стр. 6^10, 1945 (Военно-морская медицинская академия).

Зимние средства санитарной эвакуации, М., Медгиз, 75 стр., 1941 (ГВСУ ■Красной Армии).

Злотвер Е. 3., Итоги лечебной работы эвакогоспиталей Туркменской ССР и современные задачи обеспечения лечебной помощью при боевой травме, в кн. Тр. оборонной республиканской сессии Туркменистанского научно-медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 14—21, 1942.

Зотов А. М., Санитарный маневр по передислокации военно-морских госпиталей Черноморского флота, в кн. Тр. УМС при начальнике МСУ ВМФ, т. II, в. 2, № 3, М., стр. 36, 1943.

Зотов В. А., Организация лечения легко раненых и выздоравливающих (доклад), в кн. Опыт постановки функционального лечения в эвакогоспиталях, М., стр. 35—39, 1944.

Ибрагимов Б. Н., Работа сортировочного госпиталя, ВСД, 4—5, стр. 41—43, 1942.

Иванов А. И., Медико-санитарная служба Тихоокеанского флота при обеспечении Хасанской боевой операции, в кн. Сан. служба Тихоокеанского флота в Хасанской операции, Л., стр. 5—43, 1941.

Иванов В. П., Анализ работы санитарных транспортов, Военно-морской врач, 5—6, 1942.

Иванов Г. В., Некоторые вопросы санитарного обеспечения боевых действий летного батальона на льду, в кн. Тр. ВММА, в. 1, Л., стр. 119—130, 1941;

Ивановский П. М., Основные задачи медицинского обслуживания школы в условиях военного времени, Педиатрия, 11—12, 1941.

И ню шин И. Ф., Медико-санитарный планшет, Госпитальное дело, 8—9, стр. 51—52, 1943.

Ионин И. Д., Ближайшие задачи противоэпидемической службы Красной Армии, в кн. Тр. УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 215—221, 1942; Т1СД, 1—2, 1942.

Иориш Н. П., Аппарат для витаминизации хлеба, ВСД, 6, 1942.

Исмайлов А., Здоровый тыл — опора фронта, Бакинский рабочий, 1, 1942.

Ихелевич, Фильтровальная установка из подручных материалов (для очистки поды из открытых водоемов), ВСД, 9, 1942.

Каин А. М., Санитарное отделение роты при форсировании реки, ВМЖ, май, 1944.

К а к т ы ш П. И., Работа санитарной авиации на фронте, ВСД, 10. 1942.

Кактыш П. И.,. Санитарная авиация, Тыл и снабжение Красной Армии, 8, 1942, Тыл и снабжение Красной Армии, 3, 1943.

Калашников Б. П., Некоторые данные о лечебной работе эвакогоспиталя, в кн. Опыт работы эвакогоспиталей за год Отечественной войны, Горький, стр. 147—155, 1942.

Калиничева И. Г., Организация массового приема раненых в эвакогоспитале, Здравоохранение Казахстана, 7—8, 1943.

Калиновский И. А., Работа военно-морского госпиталя в период наступательных операций 1944 г. на Ленинградском фронте, в кн. Военно-морской мед. ©б., в. 5, М.—Л., стр. 16—17, 1945.

Каминский Л. С., О подготовке материалов по составлению истории советского здравоохранения во время Отечественной войны, Советское здравоохранение, 5—6, 1942.

Карлик А. М., К вопросу о тактике медико-санитарных сил) и средств села ■в условиях ПВО, Фельдшер и акушерка, И—12, 1941.

Карлинский М. Г., Некоторый анализ работы КЭГ, Госпитальное дело, -4—5, 1945.

(Продолжение следует)

★

КРАТКИЙ ОБЗОР СОДЕРЖАНИЯ ЖУРНАЛОВ:

ЛО1ЛКМАЕ ОР ТНЕ КОТАЕ АКМТ МЕШСАБ СОКР5
- УоЕ 84, И. 1—3, Лапиагу — Магсй, 1945

ЖУРНАЛ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ АНГЛИЙСКОЙ АРМИИ

№ 1, январь

Н. М. П. ЗЬерЬегб, Действие высокой температуры в Ираке, стр. 1—8.

Описаны клинические явления и лечение.

Н. Л. ВеН, Гоноррея в Италии, стр. 21.

Рассмотрены трудности лечения гонорреи в английских войсках в Италии: недействительность сульфамидных препаратов.

В. С. Т. Е1 ш е 8 а. С. М. Г1 п <11 а у, Малярия и серологические реакции на сифилис у английских солдат, стр. 29—30.

Произведено исследование 80 больных малярией солдат. Реакция Кана была положительной у 23 человек, реакция Уде только у 4 человек, проявления сифилиса наблюдались только у 1 больного. В прежнее время, до обследования, ни у одного йИз больных явлений сифилиса никогда не наблюдалось. *

К. С. В 1 х о п а. АУ. Г и 11 е г, Кольцевидная форма 5р1гопета рег81са, стр. 31—32'

Наблюдения при возвратном тифе в войсках на о. Кипре. ■ \

Л. Маскау-В1ск, О реакции на введение противочумной сыворотки.

Описание наблюдений автора.

№ 2, февраль

,А11еп18Г („Психиатр"). Воспоминания военного психиатра, стр, 47—50.

Общий очерк условий жизни войсковых частей в Индии и изменений, происшедших за последние 15 лет.

С. АУ. В. Л а ш е 8, Будущность психиатрии в медицинской службе армии, стр. 51—53

Рассуждение о задачах психиатра в армии и необходимости психиатрической 'подготовки военных врачей.

Е. М111ег, Восстановление здоровья с точки зрения психиатра, стр. 54—65 Приведена литература — 21 номер.

О важном значении психических факторов в процессе восстановления здоровья и трудоспособности. Рассмотрены случаи потери конечностей, глухота, туберкулез легких, некоторые заболевания кожи, неврозы, повреждения головы, трудотерапия, применение физических методов лечения.

„Психиатрия в Бирме"—под этим заголовком помещены следующие четыре кратких сообщения дивизионных психиатров, выступивших в числе других врачей «а конференции по психиатрии в передовых районах, состоявшейся в конце 1944 г. в Калькутте.

1. Р. Л. К. В а V18, Психиатрия в дивизии на Бирманском фронте, стр. 66—67.

Краткие сведения об организации и деятельности психиатрической службы.

2. Л. АУ. М 111 е г. Психиатрия в дивизии, стр. 67—68.

Краткий обзор 53 случаев.

3. А. Н. АУ 1111 а т 8, Психиатрия в дивизии, стр. 68—69.

Об условиях лечения и моральном состоянии войск.

4. Л. М а 1 а 8, Заметка о психиатрии в индийских войсках, стр. 69.

О заболеваемости среди различных по национальности войсковых частей.

М. ВешЬоуКг, Психиатрия в западноафриканских войсках, стр. 70—74.

Характеристика двух главных национальных групп; заболеваемость среди них, уход, лечение.

О. РШраЫск, Комиссии по отбору кандидатов на офицерские должности и роль психиатра в них, стр. 75—78.

Очерк организации комиссий и методики исследований.

8. А. Мас К е Ий, Проблема противомалярийных мероприятий в психологическом отношении, стр. 79—80.

О значении дисциплины, привычки, примера и убеждения.

Редакционная статья — „Психиатрия", стр. 81—82.

Подчеркивается важное значение психиатрической службы и необходимости тесной связи ее с другими отраслями медицинской деятельности.

Е. С г е у Тигпег, Здоровье солдат за морем. Статистические данные за год, стр. 83—85.

Г. П. Но»Ш, Корреляция медицинской науки и физического воспитания, гтр. 85—86.

Краткое содержание лекции общего характера. ,

Н. А. Р а 1 ш е г, Снятие психической реакции эфиром, стр. 86—87.

Успешное применение эфира для устранения амнезии. Описание методики.

№ 3, март

Л. М- V е а 1 е 8, Организация передовых хирургических учреждений в Новой Гвинее, стр. 97—104, 1 рис.

Л. АУ. Н 1 г 81, Отчет о медицинской службе в национальной освободительной югославской армии и о помощи, оказанной медицинской службой английской армии стр. 105—114, 1 диаграмма.

К. Е. В., „Образ грядущего", стр. 115—118.

Автор возбуждает вопрос о необходимости объединения медицинской службы армии, флота и воздушных сил и организации специального военно-медицинского колледжа, выпускающего военных врачей, При этом автор)к зывает иа СССР, где имеется подобное высшее военно-медицинское учебное заведение.

К. 8- Оагдеп, Иссечение мениска у солдат, стр. 119—124.

Очерк, составленный на основании 325 случаев повреждения мениска, в 206 изкоторых была произведена операция.

К. К. ПеЬепЬат а. А. В. Кегг, Сортировка раненых, стр. 125—129.

Краткий очерк работы портового врача-хирурга по приему эвакуируемых с французского побережья раненых во время высадки союзных войск на материк. -

В. Ъ. (3 г 11111Ь 8 а. Т. С г а *V/ (* о г б, Невромы ладонной фасции, симулирующие контрактуру Дюпоитрена, стр. 130—131, 1 рис. Приведена литература — 4 номера.

Описание одного случая. <<

1. О XV у п п е М о г § а п, Организация контрольного пункта при проведении сортировки раненых при следовании их между передовыми и базовыми госпиталями, стр. 132—133, 1 рис. .

Очерк по эвакуации раненых в Италии.

Л В. К1 п 1 а у 8 о п а. Е. К. В и п с а п, Пловучие носилки Джерикена, стр. 134, 1 рис.

Описание применения приспособления для транспортировки лежачих больных и раненых через водную преграду.

Н. М и 11 е г, Аспирация гемоторакса посредством аппарата для переливания крови, стр. 134—135.

С. Ь. К а ей у ар, Импровизированные носилки из одеяла, стр. 135—136.

Описание устройства.

К. Е. 1Ма(ег8(о11, Самопроизвольное излечение артериальной гематомы, стр. 136—137.

Случай самопроизвольного излечения аневризмы наружной огибающей бедреннуюкость артерии.

ТНЕ МШТАКУ ЗиНОЕОМ, уо1. 96, Ы. 1—3, Запиагу — МагсЬ, 1945
Военный врач (США)

№ 1, январь

А. **Р. С** о Ь и г **п,** Борьба с гемолитическим стрептококком, стр. **17—40, 4** таблицы диаграмм. Приведена литература — 18 номеров.

Отмечена высокая заболеваемость в военно-морском флоте, вызванная гемолитическим стрептококком, которая причинила особое беспокойство в 1943 г. Была предпринята попытка ограничить развитие микроба в организме, так как все меры борьбы, с распространением стрептококка оказались безрезультатными. В качестве профилактического мероприятия, уменьшающего опасность заражения, было решено давать ежедневно 1 г сульфадиазина, начиная с декабря 1943 г. Такому профилактическому лечению подверглись за время с ноября 1944 г. по июнь 1944 г. 6(Д)000 человек; около 400 000 человек служили контрольными. Химиопрофилактика оказалась действительной в 85% случаев. Однако были обнаружены также штаммы гемолитического-стрептококка, резистентные к профилактическим дозам сульфадиазина.

С. АУ. С Ь **г** 1 8 11 а **п** 8 е **п,** Пенициллин в хирургии полости рта и челюстно-лицевой, стр. 51—54. Приведена литература — 3 номера.

Краткий перечень заболеваний, при которых пенициллин применялся с успехом

О. Е. Ле 11 *с о* И, Проблема зубоврачевания на Средне-Восточном театре военных действий, стр. 54 — 58.

Очерк условий работы зубных врачей.

АУ. О. 8 {.и с к, Переломы бедра как проблема военной хирургии, стр. 58—64,- 5 рис. Приведена литература—16 номеров.

Общий очерк лечения переломов бедра как ранений военного времени. Автор предлагает различать четыре общих типа переломов бедра, чем облегчается определение наиболее подходящего плана лечения: 1) огнестрельные переломы, осложненные и часто раздробленные, 2) неосложненные переломы, й) неосложненные переломы, шейки бедра, 4) неосложненные переломы в области вертела.

8. 8. 8 с й е г 11 п § апд К- К. В1 оп 61 8, Действие химических боевых веществна человеческий глаз, стр. 70—78. Приведена литература — 14 номеров.

Клиническое описание 7 случаев поражения глаз парами иприта, люизита, белогофосфора, термита.

Н. М. П1, Лечение гонококковой инфекции, стр. *78—80.*

Г. Р1ахга, Программа восстановления в постоянном госпитале, стр. 81 — 84.

8. А. ЗапсПег, Армия и плохо приспособленный солдат, стр. 89—92.

5. Кауе апс! Сг. 1. ОатпНп, Устойчивость алкоголя в крови; средство для поддержания концентрации алкоголя в извлеченной крови, стр. 93—95.

Прибавление к образцу крови фтористого натрия и лимоннокислого натрия дает возможность определять бывшее при взятии крови содержание алкоголя в течение 3 суток со времени взятия пробы крови.

Н. Е. МсО а п I е 18, Резистентность дифтерийных бактерий к пенициллину, стр. 95—96.

Описание случая.

Х В. Р а г г 1 п § (о п, Приспособление переносного стола для наложения шин при -переломе плеча, стр. 96, 2 рис.

Л. С. С г I в р, Описание, устройства, действия и применения аспирационного аппарата с механизмом внутреннего сгорания, стр. 97—99, 4 рис. „

Редакционная статья (1. М. Р.) «Потребность в цельной крови*, стр. 100.

№ 2, февраль

О. В. СЫ8ко1т, Проблема морального состояния, стр. 121—123.

Небольшое рассуждение на тему об условиях, способствующих хорошему моральному состоянию военнослужащих, об изменении душевных свойств за время состояния в войсках и при возвращении по демобилизации в среду гражданского населения.

1. 8. 8 I ттоп?, Профилактика малярии в североамериканской армии, стр. 123—126, 2 диаграммы.

Перед второй мировой войной в США были начаты поиски лучших средств и методов предупреждения и лечения малярии, борьбы с малярийным комаром и отпугивания его. Испытывались тысячи средств. Истинное профилактическое вещество не найдено, но разработаны наиболее эффективные методы применения самого надежного в этом отношении средства — атебрина. Репеллентов найдено три; сочетание их в одном препарате оказалось очень действенным отпугивающим средством Для истребления комаров разработан способ применения пиретриновых препаратов в виде аэрозоля, об~азующегося при распылении пиретры из небольших бомб посредством инертного газа — неона. Для личинок комара наиболее токсично новое средство ВВТ (дихлор-дифенил-трихлорэтан).

Описана организация противомалярийной борьбы в армии.

Н. Х М о г ц а п, Лечение гонорреи и сифилиса в североамериканской армии стр. 12^—131. Приведена литература — 6 номеров.

Рассмотрено лечение гонорреи сульфамидными препаратами и пенициллином и . лечение сифилиса внутривенным или внутримышечным введением мафарсена и внутримышечными инъекциями пенициллина.

"V. С. М е п п 1 п й е г, Связь невропсихиатрии с общей медициной и хирургией в армии, стр. 134—138.

Указав, что все заболевания можно разделить на пять групп по степени относительного участия в них психических Факторов, ягтор отмечает недостаточное умение и желание многих военных врачей (армии США) правильно оценивать значение этих факторов и происходящие вследствие этого ошибки, которых можно избежать. *

Р. Ь. С о п к 11 п, Пэмошь ппи ожогах, стр. 139—142.

Рассматривается организация медицинской помощи обожженным военным морякам во в-емя военных действий на Тихом океане и способы лечения ожогов: 1) немедленного, 2) после шока, 3) в госпитале. Необходима возможно быстрая первая помощь, а затем скорая эвакуация пострадавших.

Е. IV. С о IV а п, Североафриканский и итальянский театры военных действий, стр. 142—145.

Краткий обзор .деятельности зубоврачебной службы.

Л. С. В г а и е г, Восстановительная деятельность зубоврачебного корпуса армии США, стр. 145—148. Указаны 2 литературных источника.

Обзор деятельности зубоврачебной службы армии С;ША с ноября 1940 г. по апрель 1945 г. (55 млн. пломбирований, 13,5 млн. экстракций, 1,92 млн. искусственных челюстей и т. д.).

14. Х К1гк, Острый аппендицит на Среднем Востоке, стр. 156—159.

Отчет о 104 случаях аппендицита. Обращено особое внимание на диференциальную диагностику.

В. IV. А 1 с Ь е 8 о п. Лечение острой гонорреи без перерыва службы, стр. 159—163, 1 диаграмма. Указаны 2 литературных источника.

Анализ л ечения сульфатиазолом и сульфадиазином 236 случаев острой гонорреи у военнослу жаших, продолжагших исполнять служебные обязанности.

Р. В 1 п §11 а т, Лечение растяжений связок распылением хлорэтила, стр. 170—174, 2 рис. Приведена литература — 4 номера.

Описание пгедложенного Краузом (Н. Кгяия) лечения растяжений связок распылением хлорэтила на кожу больной области. Пользуясь этим способом, автор вместе с тем применял активные движения под наблюдением врача. Лечение более 1С0 слу-

чаев, из которых описано шесть, показало значительные преимущества этого способ® перед другими. Детально описана техника метода.

Л. УУ. Ье\м18, Распознавание переломов ребер, лопатки, грудины и нижней челюсти, стр. 175—177, 3 рис., 3 диаграммы.

Практические указания по методике рентгеновского исследования при указанных переломах.

Л. НагНеу, Походка и солдат; важное значение походки при предупреждении, и лечении растяжений ножных связок и при лечении симптоматической плоской стопы, стр. 177—182, 18 рис.

Разобрано воздействие положения тела при различных моментах процесса ходьбы на продольную дугу стопы и указано значение правильной походки. Последняя является необходимой помощью при лечении плоскостопия.

Редакционная статья (Л. М. Р.), —„Часть цены', стр. 183.

Обращается внимание на весьма значительное количество пострадавших от военных действий среди врачей армии и флота США. Указано, что отсутствуют материалы для сравнения потерь среди военных врачей убитыми, умершими от болезней,, пострадавшими от ран и болезней, с потерями среди офицерского состава других родов службы в войсках. Эти санитарные потери среди врачей — значительная часть цены такой эффективной медицинской помощи раненым, которой не было никогда, в прежние войны.

№ 3, март

Т. В. Ма§а111 а. Р. Т. Кп1ев, Современные взгляды на международный-карантин, в особенности в отношении военных перевозок, стр. 209—222.

Рассмотрев существующие способы предупреждения заноса инфекционных болезней морским и воздушным транспортом и данные последних двух десятилетий, авторы заключают, что военные перевозки не оказали вредного влияния.

А. Ткогп <11 к е, Программа восстановления здоровья больных и раненых в армии США, стр. 227—229. Приведена литература — 11 номеров.

Описание успешно действующей в течение двух лет программы, выработанной. Управлением санитарной службы армии США.

IV. 8. В а 1 п Ь г 1 <1 § е, Значение кислорода в брюшной хирургии, стр. 229—232- Приведены более ранние работы автора (9).

Очерк экспериментального и практического применения введения кислорода, в брюшную полость. Краткое описание 6 случаев.

Р. С. Натт, Надлобковая цистотомия, стр. 241—244. 4 рис. Приведена литература— 2 номера.

Описаны показания, техника и послеоперационный уход.

XV. В 1з11 е г, Недержание мочи у взрослых, стр. 244 —246.

Общий очерк. >

К. 8. Ь1 о у <1, Деятельность во время войны зубоврачебного корпуса службы общественного здоровья США, стр. 246—250.

Очерк возникновения и развития организации зубоврачебной помощи для войск береговой охраны, моряков торгового флота и др.

Ь. У. Вее г 8, Деятельность Управления по социальному обеспечению участников войны в области зубоврачебной помощи, стр. 251—254. .

Очерк деятельности названной организации в области зубоврачебной помощи, и чрезвычайно возросшей потребности в ней.

С. К- 81гаа 18та. Пластическая и восстановительная хирургия, стр. 255—257.

О задачах и возможностях пластической хирургии.

А. Х НетЬег§ег, Хирургия полости рта, стр. 257—259.

О задачах и практической деятельности зубоврачебного корпуса армии США в связи с большим количеством челюстно-лицевых повреждений.

Н. Р. К о Ь е г *1*8 о п а. ТВ. Л. П о п о V а п, ЕгуШеша тиКИогте ехибаНушп или ЪиПозит, стр. 259—262. Приведена литература — 9 номеров.

Клиническое описание двух случаев.

А. С. О а 11 и с с 1 о, Преимущества дополнительного радиографического исследования при принятии на военную службу, стр. 262—265.

Приведены некоторые цифровые данные в подтверждение положения автора, о целесообразности введения дополнительного рентгеновского исследования призывников.

Л. М. Р1 и т *е* г! е11, Моральные факторы в небоевой службе экспедиционных войск, стр. 265—269.

Приведено указание на 1 работу.

Разобраны причины плохого морального состояния небоевых частей за морем, и предложены соответствующие меры.

М. М. О г е е п Ь е г Применение акриловых временных протезов после энуклеации глаза, стр. 269—271. Приведена 1 работа.

Описание применения полых акриловых шариков для вставления в тенонову капсулу при энуклеации и. временных акриловых протезов.

, 8. 8. К и Ъ1 п, Эффективное лечение чесотки в три часа, стр. *271—273.*

Предлагается следующий способ. Больной 15 минут втирает в кожу туловища и конечностей мыло <3. I посредством щетки для мытья рук; затем моется теплой, водой под душем или в ванне ненова втирает щеткой мыло С. *I.* в течение получаса. Тщательно обсушив тело, покрывает его от шеи до пальцев ног мазью, состоящей из осажденной серы (48 г), углекислого калия (19, 2 г), ланолина (24 г) и вазелинового масла (до общего количества 240 г). Такого количества мази обычно достаточно для одного человека. После этого больной, завернутый в простыню и в 2 шерстяных одеяла, лежит в постели в теплой комнате 2 часа. Смыв затем под душем с мылом всю мазь и хорошо обсушив тело, больной покрывает всю поверхность своего тела тонким слоем лассаровской пасты. Вся одежда больного обеззараживается в паровой камере. Леченные по этому способу 266 больных выздоровели; 217 из них были прослежены достаточно долго, в 2 случаях потребовалось повторное лечение. У 5 больных развился умеренный дерматит.

Р. А. К о Ь1 п, Простой аппарат для рентгенографии сечений тела, стр. 273—275. 2 рис. Приведена литература — о номеров^

Описание недорогого и легко изготовляемого приспособления. \

Д-р мед. наук Л. М. Старокадомский.

★

ВНИМАНИЮ ПОДПИСЧИКОВ ЖУРНАЛА

.ВЕСТНИК ОФТАЛМОЛОГИИ* 1945 года

В связи с начавшейся рассылкой журнала .Вестник офталмологии" за 1946 год издательство уведомляет подписчиков,'что задержавшиеся выпуском последние номера за 1945 год будут дополнительно разосланы по мере выхода из печати.

Медгиз

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Полковник мед. службы В- М. Ш у с т о в. О задачах лечебной работы в Красной Армии..... 3

Подполковник мед. службы, канд. мед. наук Е. М. М а р г о р и н. Остеомиэлиты черепа после , огнестрельных ранений 10

Майор мед. службы А. М. Логинов. Лечение ран ультрафиолетовыми луч ми..... 22

•Ст. лейтенант мед. службы М. С. П я тигорская. Определение индивидуальной совместимости крови по способу Грачева . . 24

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Генерал-лейтенант мед. службы Л. М. Р а т г а у з, гвардии полковник мед. службы Б. Б а м д а с. О реакциях летчика на боевой полет.....27

Майор мед. службы А. А. Ш м е л е в. Организация медицинской помощи в авиации в особых географических условиях ... 34

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

Полковник мед. службы А. Н. М а к сименков. Проф. В. Н. Шевкуненко, к 50-летию научной и общественной деятельности . 39

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Засл. деят. науки проф. Д М. Российский. Первый отечественный журнал по военной медицине 44

Полковник мед. службы Н. Н. Ивашов иИ. М. Гейзер. Забота Суворова о здоровье солдат..... 47

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. М а каров. Библиография по военно мгдицьне за годы Великой отечественной войны (1941 — 1945 гг.) 51

Доктор мед. наук Л. М. С т а р ока до м с к и й. Библиографический обзор. (Военный врач США, 1945, т. 96, № 1-3)..... 60

СОЫТЕЫТ8

МЕШСША1 РРОРНУЕАСТ1С 0ЦЕ8ТТ0И8

Со1опе1, Меб1са1 Согрз, V. М. 8 В и-81 о V, Оп <Ве «аькз 1п ,теб1с1па1 хуогк Тог 1Ве Кеб Агту 3

Сап<1. 1п шеб. ас!. Б1еи1епап1-со1опе1, ' Меб1са1 Согрз, Е. М. Ма г § о г 1 п, Оз1еотуе1Нез о{ <Ве сгапшт То1-1ошп§ §ипзйо1 1е8ЮП8..... 10

Ма)ог, Меб(са1 Согрз. А. М. Б о § и I-п о V, ТВе 1геа!теп1 оТ хуоипбз хуИВ иНга-у1о1е1 габ1аВоп 22

Р1Г81. ПеиСепаШ, Меб1са1 Согрз М. 8. Р1аП§огзка1а, Ве1ег-ттаНоп о! 1Ве Ьюоб 1пб!У1биа1 сотрайЬШу аПег СгасВеу'з теШоб..... 24

ТНЕ 0ЧЕ8ТЮН8 ОР ТНЕ АУ ТАТЮ МЕШСШЕ

Б1еи1епап(-§епега1, Меб1са1 Согрз, Б. М. К а ПИ а и 8, Со1опе1 1п Сиагбз, Меб1са1 Согрз, В. В а т-б а з. Оп геасВопз о! 1Ве Пуег оп а ЬаВ1е Йу..... 27

Марг, МебШа! Согрз. А. А. 8Вте-1 е у, Ог^аШгаП п оТ (Не теб1-са! а!б 1п аксгай ипбег ресиПаг §ео§гарВ1са1 сопбШопз 34

Ш МЕО'С АТ. А88ОСТАТ/ОН8 АНО ОЦ 8СТЕИТПЧС СОНРЕРЕИСЕ8

Со1опе1, Меб1са1 Согрз. РгоТ. А. Й. Макз1тепкоу, Р1Йу уеагз о! 1Ве зс1еп11Йс ребa§o-§1са1 апб риЬВс асНУНу оГ V. ГБ ЗВеукипепко..... 39

РРОМ ТНЕ Н18ТОРУ ОР ТНЕ МТЫТАРУ МЕОТСЦЕ

Нопогагу ргото1ег оТ зс!епсез. РгоБ В. М. КоззИзку, ТВе Вгзг пайопа! ригпа! о{ 1Ве шПИагу теб1с1пе..... 44

Б1еи1епап1-со1опе1, Меб1са1 Согрз, К. ГБ IV аз Во *у* апб I. М. Сие Ь 2 е г. ТЬе саге о{ Зиуогоу о! Ше зо1б1егз' ВеакВ..... 47

ВТВЫООРАРНУ

Со1опе1,Меб(са1 Согрз, I. В. Макагоу,В1Ь'1О§гарку оп тПИагу теб1С1пе 1п Ше Сгеа! рагкокс хуаг 51

Б. М. 8 1 а г о к а б о т з к у, М. В. А ЫЬНо^гарЫс геу1еуг (М111-1агу 8иг§еоп, 1945, УОБ 96, ГБ 1-3)..... 60

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

3

МАРТ

МЕДГИЗ · 1946

СОДЕРЖАНИЕ

В СОВЕТЕ МИНИСТРОВ СОЮЗА ССР

О научной разработке и обобщении опыта советской медицины за время Великой отечественной войны 1941 — 1945 гг. . . 3

От редакционной коллегии труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941 — 1945 гг.*..... *А*

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Полковник мед. службы проф. И. Ф. Жорданиа. Гинекология военного времени ... 16

Подполковник мед. службы канд. мед. наук Н. И. Александ р о в и канд. мед. наук Н. Е. Г е ф е н. О противостолбнячной иммунизации поливакциной НИИСИ..... 21

Майор мед. службы М. А. Т р о пян.ов. Простейший метод ранней диагностики газовой гангрены..... 27

Майор мед. службы Ю. Н. М а ц. Изготовление стандартной агглютинирующей сыворотки в условиях ППГ..... 28

Майор мед. службы М. И. Гусев» Опыт работ по предупреждению заболеваний куриной слепотой в войсках..... 30

Полковник мед. службы П. П. С а к с о н о в. К токсикологии белого стрептоцида 34

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Полковник мед. службы канд. мед. наук Д. И. Дроздов. Хирургическая помощь во время наступательной операции 14-ской армии.....37

Полковник мед. службы В. П. Барсуков. Специализированная помощь во 2-й гвардейской армии в 1942 — 1945 гг. 39

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Майор мед. службы И. Т. Баяндин. Санитарно-эпидемиологическое обеспечение репатриированных и военнопленных 44

Подполковник мед. службы В. Н. Коваленко. Организация противоэпидемических мероприятий на армейских грунтовых дорогах..... 47

СОЫТЕЫТ8

1Ы ТНЕ СОЦИСП ОР МШ13ТЕКЗ ОР ТНЕ иззк

Оп Йге 8с1еп11Йс Тгеайпеп! апб Соог- (ПпаПоп о! йге 8оу1е1 Мес11с1пе Ехрейепсе диг1п§ 1Ье (Эгеа! РаЙЮНс АУаг 1941 — 1945 ... 3

Ггош 1йе ЕбПог1а1 81ай о! 1йе ХУогк *,ТЬе 8оУ1е1 Ме<11с1пе Ехрейепсе биг1п§ Нге (Эгеа! Ра4г1о11с ^аг 1941 — 1945* 4

РКОВЬЕМЗ ОР ТНЕКАРЕПТ1СЗ АЫИ РК0РНТ1.АХ18

Со1опе1 РгоГ. 1. Г. Л о г б а и I а. ХУаг Супесо1о§у..... 16

ЫеШепап! Со1опе1 14. I. А1ехапЙГОУ апй 14. Е. Сие1еп. Ап1Не(ап1с 1ттип12аНоп Ьу Меапз о{ Ро1ууасс1пе..... 21

Ма]ог М. А. Т г о р 1 а п о у. А 81тр1е Мейгод о! Еаг1у О1а§поз15 о! Саз Сапдгепе..... 27

Ма]ог Л. 14. М а 1г. РгерагаНоп о(81ап<1аг(112е<1 А^кИпаПпд Зега ипбег СопбШопз о! а МоЫ1е Р1еИ НозрИа!..... 28

Ма]ог М. I. С и з е V. А Петр! о! РгеуеоЙоп о! Нетега1ор1а 1п Иге Агту 30

Со1опе1 Р. Р. 8 а к з о п о у. ТЬе То-Х1со1о§у о! 8иЙап11ат1<1е ... 34

ОКОАЩгАТЮИ АПй ТАСГ1СЗ ОР МЕП1САЕ 5ЕРУ1СЕ8

Со1опе1 О. I. В г о з 6 о V. 8иг-81са1 8ег1сез Виг1пе Йге Ойепз1уе Орегайопз о! те И. Агту 37

Со1опе1 V. Р. В а г з и к о V. 8рес1аНге<1 8ег1сез 1п Йге 8есопй Сиагбз Агту Скгои^ЬоиС 1942— 1945..... 39

РКОВЬЕМЗ ОР ЕРЮЕМЮЬОООЮАЬ . СОИТКОТ Ш ТНЕ АРМУ

Ма]ог I. Т. В а] а п Л1 п. Меазигез Тог Йге Ер1бет1о1о81са1 8есиг11у о! Кера1г1а1еб апй 1Уаг РгЬ зопегз..... 44

Ыеи1епап(Со)опе1 V. 14. КОУЭ-1 е п к о. Ог^аШгайоп о! ЕрИет1о1о§1са1 Соп(го1 оп йпрауей Н1§1тауз..... 47

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

, Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковнйк медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор ,М. И. РЕДЬКИН -

3

МАРТ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
.МЕДГИЗ'- МОСКВА-1946

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 140

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. >» 09427. Сдано в произв<'дство 10/У 1946 г. Поди, к печати 22/УП 1946 г. Форк?, бум. ',ОХ Н8[/1б П. л. 4 Уч-и?д. л. 6,9. В I печ. л. 69 000 зн.
Тир. 8800 экз. Цена 2 р. Заказ 266.

13-я тип. треста ‚Полиграфкнига‘ ОГИЗт при Совете Министров РСФСР.
Москва, Денисовский, 30

В СОВЕТЕ МИНИСТРОВ СОЮЗА ССР

О НАУЧНОЙ РАЗРАБОТКЕ И ОБОБЩЕНИИ ОПЫТА СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ ЗА ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941—1945 гг.

В целях глубокого изучения и обобщения опыта советской медицины, накопленного за период Великой отечественной войны, Совет министров Союза ССР постановил:

1. Обязать Министерство здравоохранения Союза ССР и Главное * военно-медицинское управление вооруженных сил Союза ССР организовать научную разработку материалов, отражающих опыт советских врачей за время войны, и издать в 1948—1950 гг. многотомный труд — «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941 — 1945 гг.».

2. Утвердить план издания труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг.», состоящего из 4 частей: хирургии— 15 разделов, терапии— 11 разделов, эпидемиологии и гигиены — 4 раздела и патологии огнестрельной травмы — 1 раздел. В плане предусмотреть научную разработку материалов, имеющих огромное значение для дальнейшего развития теоретической и практической медицины.

3. Обязать Министерство здравоохранения и Главное военно-медицинское управление вооруженных сил Союза ССР привлечь к разработке материалов и обобщению опыта войны крупнейших ученых, специалистов и рядовых врачей, принимавших непосредственное участие в охране здоровья войск и лечении раненых и больных бойцов и офицеров Красной Армии как на фронте, а также и в тылу.

4. Для использования личного опыта врачей в научной разработке материалов по лечению раненых и больных, а также по профилактике эпидемических заболеваний в войсках утвердить представленные условия конкурса и перечень тем, объявляемых на конкурс.

* 5. Для премирования лучших работ по разделам и главам труда,, а также лучших работ по отдельным темам, представленных авторами на конкурс, учредить премии:

а) для редакторов — составителей разделов 11 премий, из них: три первых премии по 75 тыс. рублей, три вторых премии по 50 тыс. рублей и пять третьих премий по 25 тыс. рублей;

б) для авторов глав разделов 60 премий, из них: 10 первых премий по '30 тыс. рублей, 20 вторых премий по 20 тыс. рублей и 30 третьих премий по 10 тыс. рублей;

в) для авторов отдельных тем 130 премий, из них: 10 первых премий по 15 тыс. рублей, 50 вторых премий по 10 тыс. рублей и 70 третьих премий по 5 тыс. рублей.

6. Обязать 'Министерство финансов СССР:

а) отпустить на научную разработку материалов и подготовку издания труда 7 млн. рублей;

б) выделить для премирования конкурсных работ 2 500 000 рублей.

7. Для руководства работой по подготовке издания и редактирования труда утвердить редакционную коллегию в следующем составе: министр здравоохранения СССР Митерев Г. А., начальник Главного военно-медицинского управления вооруженных сил Союза ССР

Смирнов Е. И.; генералы медицинской службы академики Аничков Н. Н., Бурденко Н. Н., Орбели Л. А., генералы медицинской службы действительные члены Академии медицинских наук СССР Гирголав С. С., Джанелидзе Ю. Ю., Кротков Ф. Г., Куприянов П. А., Шамов В. Н., действительные члены Академии медицинских наук СССР Виноградов В. Н., Давиденков С. Н., Давыдовский И. В., генерал медицинской службы проф. Вовси М. С. и заслуженный деятель науки проф. Приоров Н. Н.

8. Обязать редакционную коллегию опубликовать в газете «Медицинский работник» план издания труда, требования, предъявляемые к написанию глав и разделов труда, условия конкурса и перечень тем, объявляемых на конкурс.

.Правда", среда, 27 марта 1946 г., № 73 (1055),

★

ОТ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ ТРУДА «ОПЫТ СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ 1941—1945 гг.»

Совет министров СССР 26.Ш.1946 г. вынес постановление об издании в 1948—1950 гг. многотомного труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг.».

На полях величайших в истории человечества битв советские врачи выдержали серьезнейшее испытание. Для того чтобы возвратить в строй более 70% раненых воинов, требовались не только героизм и самоотверженность. Нужна была слаженная, четкая работа на основе единой военно-медицинской доктрины всей массы медицинских работников Советского Союза на фронте и в тылу.

. Стройная система научного руководства медицинской службой, представленного ведущими специалистами страны, систематические научные конференции и совещания по учету опыта, проводившиеся с первых дней войны, использование статистического метода при разработке материалов по лечению раненых и больных — все это дало возможность исправлять допущенные ошибки, избегать их повторения и выбирать наилучшие методы лечения.

Достижения профилактической и лечебной медицины не могут и не должны остаться неизвестными для широких масс медицинских работников. Научно-практический опыт врачей должен быть всемерно распространен и широко использован.

Одновременно с опубликованием общего плана разделов труда, требований, предъявляемых к написанию глав и разделов труда, условий конкурса и перечня тем, объявляемых на конкурс, Редакционная коллегия обращается к врачам всех специальностей, имеющих опыт, с предложением принять участие в конкурсе и в составлении труда.

Для предстоящей большой и ответственной коллективной работы необходимы материалы учреждений и отдельных лиц, будь то заслуженный специалист или рядовой врач-хирург, эпидемиолог, гигиенист, терапевт, психиатр.

За время войны опубликовано немало сборников и отдельных работ, освещающих опыт Отечественной войны. Однако много в высшей степени ценных материалов остается еще в руках авторов и подлежит дальнейшему обобщению. Эту работу нужно продолжать и углублять сейчас, в мирное время, когда партия и правительство уделяют особое внимание развитию науки и создали для этого все необходимые условия. ■

Полностью собрать и научно осмыслить все новое, что за время Великой отечественной войны внесли в медицинскую науку и практику наши ученые и рядовые врачи,— задача большой государственной важности. В ее успешном решении заинтересованы как участники, современники войны, так и будущие поколения.

Каждая тема, каждая глава намечаемого к изданию труда представит ценность, если она будет основана на тщательном отборе достаточного числа документов. Разработка должна быть проведена по вариационно-статистическому методу с критическим анализом всех факторов, влиявших на результаты профилактических и лечебных мероприятий, с учетом периодов войны и особенностей боевых операций. Необходимо подвергнуть тщательному анализу огромный материал, обобщить его, сделать из него практические выводы. Все усовершенствования, все новые методы, дававшие успех на полях сражений и эвакогоспиталях, мы сможем использовать и поставить на службу здравоохранения в период мирного развития. Нет сомнения, что обобщение опыта военных лет послужит мощным стимулом для дальнейшего развития отечественной медицинской науки.

Редакционная коллегия уверена в том, что постановление Совета министров СССР найдет широкий отклик у врачей, принимавших участие в организации и проведении лечения раненых и больных. Постановление это призывает к углубленному научному творчеству. Создаваемый многотомный труд «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941 —1945 гг.» будет неоценимым вкладом советских врачей в сокровищницу мировой медицинской науки. Это будет лучшая научно-объективная оценка замечательных трудов и успехов, достигнутых русскими врачами в годы великой войны.

ПЛАН ИЗДАНИЯ ТРУДА «ОПЫТ СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОИНЕ 1941—1945 гг.»

ВВЕДЕНИЕ

Часть I. Хирургия

Редакционное бюро — С. С. Гирголав (ответственный редактор), Н. Н. Аничков, Н. Н. Еланский, В. С. Левит, Н. Н. Приоров, И. Г. Руфанов, В. Н. Шамов.

Раздел 1. Общие вопросы военно-полевой хирургии. Характеристика повреждения по роду оружия. Основные принципы хирургической обработки ран. Обезболивание. Кровопотеря и борьба с ней. Шок. Контузия. Раневые инфекции. Инородные тела. Отморожение. Ожоги.

Редактор — генерал-лейтенант мед. службы проф. С. С. Гирголав.

Раздел 2. Огнестрельные ранения черепа и головного мозга. Патологическая анатомия. Ранние и поздние осложнения и их профилактика. Показания к оперативным вмешательствам. Лечение повреждений черепа.

Редактор — генерал-лейтенант мед. службы проф. В. Н. Шамов.

Раздел 3. Повреждения челюстей и лица. Профилактика осложнений. Лечение.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. Д. А. Энтин.

Раздел 4. Повреждения глаз и их лечение.

Редактор — полковник мед. службы проф. Н. А. Вишневский.

Раздел 5. Огнестрельные ранения уха, горла и носа. Контузии. Лечение ранений и посттравматических расстройств слуха и речи.

Редактор — генерал-лейтенант мед. службы проф. В. И. Воячек.

Раздел 6. Непроникающие и проникающие огнестрельные ранения груди. Патологическая анатомия. Осложнения со стороны плевры и лег-

ких. Бронхиальные свищи. Инородные тела в легком и плевре. Лечение ранений груди.

Редактор — генерал-лейтенант мед. службы проф. П. А. Куприянов.

Раздел 7. Ранения позвоночника, спинного мозга и их лечение.

Редактор — проф. А. Н. Бакулев.

Раздел 8. Огнестрельные ранения живота. Раннее хирургическое вмешательство. Поздние осложнения при ранениях живота и их лечение.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. С. И. Банайтис.

Раздел 9. Огнестрельные ранения таза и забрюшинного простран- * ства. Ранения почек и мочеточников, их осложнения и лечение. Реставрационные операции на мочеполовых органах.

• Редактор — полковник мед. службы проф. А. П. Фрумкин.

Раздел 10. Ранения мягких тканей. Первично отсроченные и вторичные швы.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. В. И. Попов.

Раздел 11. Огнестрельные переломы конечностей. Первичная обработка, транспортная иммобилизация и лечение. Анаэробная инфекция, сепсис, их профилактика и лечение.

Редактор — генерал-лейтенант мед. службы проф. Н. Н. Еланский.

Раздел 12. Огнестрельные ранения суставов. Особенности их течения. Транспортная иммобилизация, первичная обработка и дальнейшее лечение.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. В. С. Левит.

Раздел 13. Огнестрельные ранения кисти, пальцев и стоп. Первичная хирургическая обработка. Иммобилизация. Функциональное лечение.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. В. И. Попов.

Раздел 14. Огнестрельные ранения сосудов. Патологическая анатомия. Аневризмы. Хирургическое лечение свежих ранений сосудов и аневризм.

Редактор — генерал-лейтенант мед. службы проф. М. Н. Ахутин.

Раздел 15. Огнестрельные ранения периферических нервов. Неоперативное и оперативное лечение. Каузалгии, контрактуры, параличи и их лечение.

Редактор — проф. Б. Г. Егоров.

Часть II. Терапия (внутренние, нервные, кожно-венерические и инфекционные болезни)

Редакционное бюро — М. С. Вовси (ответственный редактор), В. Н. Виноградов, С. Н. Давчденков, Г. Ф. Ланг.

Раздел 1. Особенности возникновения и течения болезней легких (пневмонии, пневмосклерозы, эмфиземы). Их лечение.

Редактор — полковник мед. службы проф. С. А. Поспелов.

Раздел 2. Особенности течения болезней сеодца.

Редактор — проф. Г. Ф. Ланг.

Раздел 3. Особенности возникновения и течения болезней сосудов и почек (гипертоническая болезнь, острый нефрит). Методы их лечения.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. М. С. Вовси.

Раздел 4. Особенности проявления и течения болезней желудка (гастриты и язвенная болезнь). Методы лечения.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. П. И. Егоров.

Раздел 5. Особенности возникновения и течения инфекционных желтух.

Редактор — полковник мед. службы проф. А. Л. Мясников.

Раздел 6. Особенности течения туберкулеза легких. Диагностика, профилактика и лечение. ,

Редактор — полковник медицинской службы проф. В. А. Равич-Щербо.

Раздел 7. Нарушения общего питания. Профилактика и лечение.

Редактор ■— полковник мед. службы проф. Э. М. Гельптейн.

Раздел 8. Болезни внутренних органов у раненых, их предупреждение и лечение.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. Н. С. Молчанов.

Раздел 9. Кожные болезни в войсках. Поражения кожи у раненых. Венерические болезни и новые методы их лечения.

Редактор — полковник мед. службы проф. С. Т. Павлов.

Раздел 10. Особенности возникновения и течения нервных болезней, их предупреждение и лечение.

Редактор — полковник мед. службы проф. С. Н. Давиденков.

Раздел 11. Течение острых инфекционных болезней, их раннее распознавание и лечение.

Редактор — полковник мед. службы проф. С. В. Висковский.

Часть III. Эпидемиология и гигиена

Редакционное бюро — Т. Е. Болдырев (ответственный редактор), С. В. Висковский, Л. В. Громашевский, И. И. Рогозин.

Раздел 1. Эпидемиологическое состояние войск Красной Армии в период Великой отечественной войны.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. Т. Е. Болдырев.

Раздел 2. Принципы противоэпидемической защиты войск Красной Армии в период Великой отечественной войны.

Редактор — полковник мед. службы проф. С. В. Висковский.

Раздел 3. Эпидемиология и профилактика инфекций.

Редактор — проф. Г. П. Руднев.

Раздел 4. Гигиена питания и полевого водоснабжения действующих войск.

Редактор — генерал-майор мед. службы проф. Ф. Г. Кроткой.

Часть IV. Патология огнестрельной травмы

Редакционное бюро — И. В. Давыдовский (ответственный редактор), М. Ф. Глазунов, Н. А. Краевский.

Раздел — Патологическая анатомия боевой травмы. Патологоанатомическая и танатологическая характеристика поля боя. Ранения, несовместимые с жизнью. Анализ причин смерти на этапах эвакуации. Механизм действия ранящего снаряда и раневой процесс.

ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К НАПИСАНИЮ ГЛАВ И РАЗДЕЛОВ ТРУДА

Изложение глав и разделов труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг.» должно быть основано на достаточном материале.

Должны быть приняты во внимание особенности оказания помощи, лечения и исходов, в зависимости от характера боевых операций, условий местности, периодов и годов войны. Необходимым и достаточным материалом для составления клинических выводов по данной теме признается 200 полноценных историй болезни. Сверх того для составления каждого раздела необходимо использование отчетов учреждений, армий и фронтов и анализ 200 историй болезни по каждому периоду, году войны и каждому фронту, подлежащим изучению, с тем чтобы охарактеризовать указанные выше особенности соответственно характеру боевых операций, условий местности, периодов и годов войны.

В плане разделов и глав должны быть предусмотрены следующие основные вопросы.

1. Классификация и частота ранений данной области:

а) частота ранений данной области по отношению к общему числу раненых;

б) частота различных видов ранений по отношению к общему числу раненых данной области;

в) колебания процентных соотношений различных видов ранений данной области в разные периоды войны, в зависимости от характера боевых операций.

2. Патология ранений данной области и патогенез последующих осложнений на различных этапах эвакуации:

а) местные патологоанатомические изменения, возникающие при ранении;

б) патологоанатомические изменения, развивающиеся в связи с осложнениями в разные сроки после ранения;

в) патологические процессы в организме и органах, развившиеся в связи с ранением, со всей суммой факторов, влияющих на течение ранения и развитие дальнейших осложнений.

3. Симптомы и течение ранений и их осложнений, развивающихся на протяжении от момента ранения до окончательного исхода:

а) течение ранений данной области и развития осложнений в зависимости от времени, прошедшего с момента ранения до оказания первой помощи на поле, а также до момента оказания первой хирургической и специализированной помощи, от вида транспорта и длительности транспортировки;

б) течение ранений данной области и развитие осложнений, в зависимости от принципов и методики лечения в различные периоды Отечественной войны;

в) осложнения со стороны внутренних и других органов и систем (например, периферических нервов, почек, костной системы и т. д.), стоящие в связи с ранением данной области.

Примечание. Изложение должно быть иллюстрировано рисунками, рентгенограммами, температурными кривыми и т. п.

4. Этапное лечение раненых:

а) основные принципы этапного лечения раненных в данную область (череп, грудь и т. д.) и развитие их на протяжении Отечественной войны;

б) лечение раненных в данную область в различные периоды войны и в различных условиях боевой обстановки;

в) основные принципы сортировки раненных в данную область и показания к операции, в зависимости от состояния раненых и боевой обстановки;

г) методика хирургического лечения по поводу ранения данной области, развитие и изменение методики в различные периоды Отечественной войны, на различных фронтах и в госпиталях различных эвакуационных районов;

д) консервативное лечение, проводимое у раненных в данную область;

е) лечение осложнений у раненных в данную область, в зависимости от боевой обстановки и медицинских показаний;

ж) госпитализация и показания к эвакуации на различных этапах и в различных стадиях течения раневого процесса.

5. Исходы ранений:

а) непосредственные исходы ранений данной области и на этапах эвакуации, в зависимости от применения тех или других методов лечения в различные периоды Отечественной войны;

б) анализ окончательных исходов ранений данной области с учетом характера боевых операций и периодов Отечественной войны;

в) анализ протоколов вскрытий раненых, погибших от ранений данной области или их осложнений на этапах эвакуации в различные периоды Отечественной войны.

Часть II. Терапия

1. Частота данного заболевания:

а) по отношению к общим санитарным потерям;

б) к общей заболеваемости внутренних органов;

в) к болезням данной системы или органа и

г) в сопоставлении с мирным временем и прежними войнами.

Примечание. При анализе статистических данных необходимо учитывать время года (сезонность), климатические условия, условия боевой обстановки и длительность войны.

2. Особенности клинического проявления и течения данного заболевания с особой фиксацией внимания на ранних симптомах.

3. Патологоанатомические изменения при данном заболевании.

4. Правильность и своевременность распознавания данного заболевания на различных этапах эвакуации и по годам Отечественной войны.

5. Лечебно-эвакуационный прогноз на различных этапах и по годам Отечественной войны.

6. Осложнения заболеваний в зависимости от общего состояния организма, проведенного лечения и условий боевой обстановки.

7. Причины возникновения заболевания в связи с конкретными условиями боевой обстановки, быта, рода войск и т. п.

8. Взаимосвязь отдельных признаков болезни и механизма их развития.

9. Профилактические мероприятия в действующей армии при данном заболевании.

10. Лечение заболевания на различных этапах эвакуации с учетом условий боевой обстановки и периодов Отечественной войны.

11. Исходы заболевания за весь период Отечественной войны, по годам и на различных этапах эвакуации, с учетом возраста, общего состояния организма, своевременности и правильности диагноза и лечения, а также условий боевой обстановки.

12. Анализ данных военно-врачебной экспертизы.

13. Анализ смертности.

Часть III. Эпидемиология и гигиена

1. Главы должны содержать оригинальные данные по организации, методике и технике противоэпидемической и гигиенической работы в войсках с выводами и обобщениями, важными для медицинской науки.

2. При разработке материалов должны быть использованы конъюнктурные отчеты фронтов, округов и армий, санитарно-эпидемиологические описания, статистические сводки о заболеваемости в войсках и среди населения. Статистический анализ материала должен быть проведен с учетом периодов войны, эпидемической обстановки в районах действий войск и характера боевых операций.

3. Эпидемиологическая характеристика важнейших инфекционных заболеваний должна содержать:

а) особенности эпидемиологии данного заболевания;

б) описание наиболее важных вспышек заболеваний и их эпидемиологический анализ;

в) анализ динамики заболеваний;

г) особенности мероприятий по профилактике и борьбе с данной инфекцией.

4. Роль гигиенических мероприятий в системе противоэпидемической защиты войск; санитарная очистка мест расположения и боевых действий войск, полевое водоснабжение, медицинский контроль за физическим состоянием, нагрузкой и питанием войск.

Часть IV. Патология огнестрельной травмы

1. 1Классификация и частота ранений данной области и заболеваний, приводящих к смерти.

2. Патологическая анатомия ранений данной области, заболеваний и патогенез последующих осложнений на различных этапах эвакуации.

3. Анализ причин смерти от ранений, их осложнений и заболеваний, в зависимости ОТ:

а) тяжести ранения и заболевания;

б) сроков выноса с поля боя, оказания первой доврачебной, врачебной, хирургической и специальной помощи;

в) сроков установления диагноза и времени госпитализации больных;

г) характера боевой операции, санитарно-тактической обстановки, принятия предупредительных мер, рельефа местности, времени года и климатических условий.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ, ОБЪЯВЛЯЕМЫХ НА КОНКУРС ПО ХИРУРГИИ, ТЕРАПИИ, ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ГИГИЕНЕ, ПАТОЛОГИИ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЫ, И УСЛОВИЯ КОНКУРСА

Часть I. Хирургия

1. Зависимость инфекционных осложнений в ране от методики и сроков первичной обработки ее.

2. Влияние общего обескровливания на раневые инфекционные осложнения.

3. Результаты лечения анаэробной инфекции, классификация и летальность.

4. !Микробная флора раны в разные периоды и влияние ее на сроки заживления.

5. Техника операций удаления инородных тел и аппаратура.

6. Неотложные операции при ранениях черепа в условиях Д'МП и непосредственные исходы после вмешательства.

7. Инородные тела в мозгу огнестрельного происхождения.

8. Менинго-энцефалиты после черепно-мозговых ранений.

9. Пролапс и протрузия мозга после проникающих ранений черепа.

10. Ликворные свищи после проникающих ранений черепа.

11. Абсцессы мозга после проникающих ранений черепа.

12. Остеомиэлиты после ранений черепа.

13. Эпилепсия как осложнение ранений черепа.

14. Отдаленные результаты лечения огнестрельных проникающих ранений черепа.

15. Оценка способов транспортной иммобилизации повреждений лицевого скелета стандартными и индивидуальными повязками.

16. Повторные и вторичные кровотечения после ранений челюстей.

17. Влияние сроков наложения шин на отломки нижней челюсти на продолжительность и исход лечения.

18. Пневмонии после ранений челюстей.

19. Зависимость частоты огнестрельных остеомиэлитов и несросшихся переломов нижних челюстей от характера первичной и вторичной хирургической обработки костной раны.

20. Лечение ран роговицы, течение и отдаленные результаты.

21. Лечение свежих контузий глазного яблока, течение и отдаленные результаты.

22. Лечение травматических иридоциклитов, течение и результаты.

23. Симпатическая офталмия, лечение и отдаленные исходы.

24. Амагнитные тела внутри глаза, показания к их удалению, способы удаления и отдаленные результаты операций.

25. Инородные тела в глазнице, показания и противопоказания к их удалению и результаты операций.

26. Лечение травматической отслойки сетчатки после боевых повреждений и отдаленные результаты.

» 27. Пересадка роговицы при бельмах после боевых травм и отдаленные результаты.

28. Изменения глазного дна при боевых повреждениях глаза, глазницы и черепа.

29. Рентгенодиагностика и рентгенолокализация инородных тел в глазу и глазнице при боевых повреждениях.

30. Ранняя и поздняя картина повреждений зрительных путей и зрительных центров при боевых повреждениях, течение и исходы;

31. Лечение ЛОРконтузий, ближайшие и отдаленные исходы.

32. Пластические операции при рубцовых сужениях слухового прохода после огнестрельных ранений.

33. Ранения шейного отдела пищевода и трахеи.

34. Ранения гортани и глотки.

35. Лечение стенозов гортани после огнестрельных ранений.

36. Лечение посттравматических перихондритов гортани.

37. Ранения нервов шеи.

38. Плевропульмональный шок и мероприятия по борьбе с ним.

39. Раннее применение постоянной аспирации при ранениях плевры и легких и их осложнениях.

40. Вторичные осложнения при ушитых открытых пневмотораксах, наступившие на этапах эвакуации (начиная с ДМП).

41. Чрезлопаточные ранения груди.

42. Судьба излившейся крови и изменения в плевре при гемотораксах после огнестрельных ранений.

43. Ранние торакотомии при гемотораксах.

44. Ранения сердца и крупных сосудов.

45. Ранения грудного отдела пищевода.

46. Ранения грудного протока.

47. Инородные тела сердца и средостения.

48. Бронхоэктазы и пневмосклерозы после огнестрельных ранений плевры и легких.

49. Патогенез и сроки развития остаточных полостей плевры после ранения легких, в зависимости от методов лечения.

50. Бронхиальные свищи после огнестрельных ранений легких.

51. Отдаленные результаты лечения ранений плевры и легких, не потребовавших оперативного вмешательства.

- 52. Отдаленные результаты оперативного лечения хронических эмпием (торакопластика, декортикация, аспирация и т. д.).

53. Остеомиэлиты ребер и хондриты после огнестрельных ранений.

54. Плевральные свищи.

55. Диафрагмальные грыжи после огнестрельных ранений.

56. Диафрагмальные грыжи после закрытых повреждений.

57. Ранения живота по материалам ДМП и ХППГ.

58. Огнестрельные ранения паренхиматозных органов полости живота.

59. Каловые свищи после огнестрельных ранений живота.

60. Отдаленные результаты лечения огнестрельных ранений живота.

61. Изолированные *и* комбинированные ранения почек.

62. Ранения таза без повреждения органов, в нем заключенных.
63. Ранения мочевого пузыря и прямой кишки, изолированные и комбинированные.
64. Ранения таза и органов, в нем заключенных.
65. Ранения мочеточников.
66. Лечение пузырных и уретро-ректальных свищей.
67. Отдаленные результаты после ранений почки.
68. Отдаленные результаты после ранений уретры.
69. Вторичные камни почек после огнестрельных ранений костной системы.
70. Результаты раннего оперативного лечения ранений спинного мозга.
71. Течение и исходы огнестрельных переломов бедра, в зависимости от методики первичной обработки ран.
72. Течение и исходы огнестрельных переломов голени, в зависимости от методики первичной обработки ран.
73. Шок при огнестрельных ранениях бедра, профилактика и лечение.
74. Шок при огнестрельных ранениях голени, профилактика и лечение.
75. Первичная ампутация при огнестрельных ранениях конечностей (показания, методика, исходы).
76. Повреждение периферических нервов при огнестрельных ранениях конечностей.
77. Скелетное вытяжение при огнестрельных ранениях.
78. Остеопластические ампутации при огнестрельных ранениях конечностей.
79. Замедленная консолидация переломов и ложные суставы.
80. Контрактуры конечностей после огнестрельных ранений различной природы.
81. Отдаленные результаты при огнестрельных переломах бедра.
82. Инородные тела в суставах. Ближайшие и отдаленные результаты при оперативном и консервативном лечении.
83. Ближайшие и отдаленные результаты артротомий и резекций суставов.
84. Распространение патологического процесса на суставы при огнестрельных ранениях бедра.
85. Ближайшие и отдаленные результаты перевязки сосудов в ране и на протяжении.
86. Ближайшие и отдаленные результаты раннего наложения шва на сосуды при огнестрельных ранениях их.
87. Пульсирующие гематомы и аневризмы, методы хирургического лечения их и отдаленные результаты.
88. Перевязка одноименной вены при ранениях артерий и исходы.
89. Ранняя диагностика огнестрельных повреждений периферических нервов.
90. Результаты ранних оперативных вмешательств при огнестрельных ранениях периферических нервов.
91. Методы лечения и исходы при каузалгиях.
92. Отдаленные результаты при повреждениях кисти и пальцев.
93. Пластика мягких тканей (кроме лица).
94. Ортопедические операции для восстановления функций конечности при повреждениях нервов.
95. Показания и техника реампутаций.

Часть II. Терапия

96. Острая гипертоническая болезнь.
97. Клиника стертых и атипичных форм гиповитаминоза.
98. Переливание крови при внутренних болезнях.

99. Кровообращение при травматическом шоке.
100. Лечение контузий мозга. ■
101. Изменения внутренних органов при закрытых травмах черепа.
102. Особенности клиники крупозной пневмонии в условиях действующей армии.
103. Симптоматология и патогенез легочной и сердечно-легочной недостаточности.
104. Клинические и анатомические формы туберкулеза в условиях действующей армии.
105. Ранние и поздние пневмонии у раненых.
106. Клиника легочных изменений после ранений грудной клетки.
107. Состояние сердца при ранениях сосудов (до и после хирургических вмешательств).
108. Особенности клиники язвенной болезни в условиях действующей армии.
109. Лечение гастритов в лечебных учреждениях войскового района.
ПО. Военно-врачебная экспертиза лиц с оперированными желудками.
111. Клиническое описание эпидемической желтухи.
112. Лечение и профилактика малярии в войсках.
113. Клиника и диагностика туляремии.
114. Клиника и течение сыпного тифа у привитых.
115. Стертые формы вирусных энцефалитов.

Часть III. Эпидемиология и гигиена

116. Противоэпидемические мероприятия в дивизии в период наступательных боев.
117. Противоэпидемическая защита войск наступающей армии.
118. Эффективность специфической профилактики сыпного тифа.
119. Эффективность специфической профилактики дизентерии и брюшного тифа в части (соединении).
120. Эпидемиология и профилактика заболеваний туляремией в войсках армии.
121. Эпидемиология и профилактика малярии в части (соединении).
122. Эпидемиология и профилактика эпидемической желтухи.
123. Медицинское обеспечение полевого водоснабжения армии.
124. Гигиеническое обеспечение войск в условиях позиционной обороны.
125. Медицинский контроль за питанием войск (по опыту работы армейского санитарного инспектора).

Часть IV. Патология огнестрельной травмы

126. Патологическая анатомия шока.
127. Патологическая анатомия раневого канала.
' 128. Патологическая анатомия сепсиса.
129. Патологическая анатомия ожогов.
130. Патологическая анатомия проникающих ранений живота.
131. Патологическая анатомия смертельных отморожений.
132. Патологоанатомические изменения мочевой системы после огнестрельных ранений спинного мозга.
133. Результаты патологоанатомических вскрытий при огнестрельных переломах бедра в различные периоды после ранения.
134. Патологическая анатомия раневого остеомиэлита бедра.
135. Патологическая анатомия костных и мышечных изменений ампутационной культи.
136. Патологическая анатомия ранений крупных суставов.
137. Патологическая анатомия ранений головного мозга в различные периоды течения раневого процесса.

138. Патологическая анатомия вторичных кровотечений.

139. Патологическая анатомия ранений периферических нервов.

140. Патологическая анатомия поздних легочных посттравматических изменений.

141. Патологическая анатомия раневого процесса в глазу при боевых повреждениях.

142. Патологическая анатомия острой гипертонической болезни.

Г43. Патологическая анатомия легочных изменений при ранениях иной локализации.

144. Патологическая анатомия эпидемической желтухи.

145. Патологическая анатомия геморрагического нефрозонефрита.

146. Патологическая анатомия туберкулеза военного времени.

147. Патологическая анатомия алиментарной дистрофии и авитаминозов.

УСЛОВИЯ КОНКУРСА

Работы, представляемые на конкурс, должны быть основаны на достоверном и достаточном для выводов материале, разработанном автором, имеющим личный опыт в данном вопросе, полученный во время работы на каком-либо этапе санитарной эвакуации (от войскового района до глубокого тыла). Работы должны быть иллюстрированы схемами, рисунками, температурными кривыми, рентгенограммами, микрофотограммами и т. п.

Работы, уже опубликованные, на конкурс не принимаются.

В работах, представляемых на конкурс, должны быть по возможности освещены следующие вопросы:

1. Влияние различных факторов боевой и санитарно-тактической обстановки на частоту заболеваний, характер боевых повреждений данной области тела и на оказание хирургической и специальной помощи.

2. Колебание процентных соотношений различных видов ранения в данную область тела в различные периоды войны, в зависимости от характера боевых операций и рельефа местности.

3. Динамика заболеваний в различные периоды войны, в зависимости от времени пода и эпидемической обстановки.

4. Патология ранений данной области тела и патогенез последующих осложнений, возникших на этапах эвакуации:

а) патологическая анатомия местных изменений, возникающих при ранениях;

б) патологическая анатомия изменений, развивающихся в связи с осложнениями в разные сроки после ранения;

в) патологические процессы в организме и органах, развившиеся в связи с ранением и со всей суммой факторов, влияющих на течение ранения и развитие дальнейших осложнений.

5. Симптомы и течение ранений (заболеваний) й их осложнений в период от времени ранения (заболевания) до конечного исхода.

6. Основные принципы лечения раненных в данную область тела и развитие этих принципов на протяжении Отечественной войны.

Основные принципы лечения данного заболевания и их развитие на протяжении Отечественной войны.

7. Основные принципы сортировки раненных в данную область тела и показания к операции, в зависимости от состояния раненого, боевой и санитарно-тактической обстановки.

Основные принципы сортировки терапевтических и инфекционных больных.

8. Методика хирургического лечения и, в частности, оперативного вмешательства по поводу ранения в данную область тела на этапах эвакуации и изменение методики в различные периоды Отечественной войны.

9. |Консервативное лечение, проводимое у раненных в данную область.

10. Осложнение ранений (заболеваний), зависимость их развития и особенности от общих и частных условий боевой и медицинской обстановки, географических й климатических условий, принципов и методики лечения на различных этапах эвакуации в различные периоды войны.

11. Осложнения в организме, находящиеся в связи с ранением в данную область тела (заболевания внутренних органов, почек, костной системы, периферических нервов).

12. Показания к госпитализации и эвакуации больных и раненных в данную область тела на различных этапах эвакуации и в различных стадиях течения ранения (заболевания).

13. Непосредственные исходы ранений (заболеваний) на этапах эвакуации, в зависимости от применения тех или иных методов лечения в различные периоды войны.

14. Анализ окончательных исходов ранений в данную область тела и заболеваний с учетом характера боевых операций, оперативной обстановки, обеспеченности кадрами, медицинским имуществом, транспортом.

15. Анализ протоколов вскрытия раненых и больных с учетом перечисленных в предыдущем пункте условий, в различные периоды войны.

16. Основные принципы профилактики данного заболевания (общей и специфической).

17. Анализ причин возникновения и развития данного заболевания и методов его ликвидации.

В работе должно быть указано абсолютное число наблюдений, приведены краткие выдержки, выписки или ссылки на операционные журналы, карточки передового района или истории болезни с указанием фамилии, имени и отчества раненого, номера истории болезни, карточки или журнала, номера и названия лечебного учреждения, даты ранения и поступления в данное лечебное учреждение.

Срок представления работ—1.У.1947 г.

Рукописи должны быть напечатаны на машинке на одной стороне листа с полями. Иллюстрации с ясными обозначениями должны быть вклеены в текст.

Рукописи направлять в двух экземплярах по адресу: Ленинград, Лазаретный пер., 2, Военно-медицинский музей, Ученому секретарю труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг.».

„Медицинский работник*, среда 10 апреля 1946 г., № 18 (664)

★

Полковник мед. службы проф. И. Ф. ЖОРДАНИА

ГИНЕКОЛОГИЯ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Во время второй мировой войны (1939—1945) в сферу военных действий были вовлечены не только мужчины, но и женщины. Женщинам пришлось испытать связанные с войной лишения, трудности и опасности. К ним относятся: эвакуация на дальние расстояния (в большинстве случаев в места с другим климатом), плохие жилищные условия, удлиненный рабочий день, нередко непривычный физический труд, психонервные аффекты (разлука с близкими людьми или их потеря, разорение, налеты вражеской авиации, обстрел из дальнобойных орудий и т. п.), неполноценное питание или даже голод (например, в осажденных городах). Этим далеко не исчерпывается перечень факторов, влиянию которых подвергался женский организм в военное время. Значительное количество женщин, кроме того, непосредственно участвовало в военных действиях, преимущественно на нестроевых должностях (США, Великобритания, СССР, Польша и другие государства). Значительно возрос, по понятным причинам, и травматизм среди женщин, причем не только на фронте и в прилегающих к нему районах (огнестрельные ранения, контузии, ушибы и др.), но и в глубоком тылу (промышленный травматизм в связи с широким внедрением женского труда в промышленность).

У женщин, как известно, взаимосвязь между общим состоянием организма и мочеполовой сферой выражена значительно резче, чем у мужчин. Это можно объяснить циклически протекающими изменениями в эндокринной системе женщины, периодически появляющимися и закрывающимися физиологическими ранами в матке и яичниках и т. д. Поэтому во время войны с ее отрицательным воздействием на женский организм некоторые патологические, равно как и физиологические состояния женщин (менструация, беременность и др.) имеют иное, чем в мирное время, течение или распространение. Ряд этих патологических (или пограничных с ними) состояний женщины выходит за пределы собственно гинекологии и, кроме мочеполовой сферы, охватывает внеполовые внутренние органы, кожные покровы, органы чувств и т. п. Часть относящихся сюда вопросов входит в область военно-полевой хирургии, например, огнестрельные ранения и повреждения мочеполовых органов женщины. ■

Характерные для военного времени изменения в организме женщины были наиболее полно изучены во время Великой отечественной войны 1941—1945 гг. в действующей Красной Армии военно-медицинской службой, организовавшей в сентябре 1942 г. специализированную гинекологическую помощь женщинам. Однако наблюдения военных гинекологов за женщинами из гражданского населения не только прифронтовых районов, но и глубокого тыла (военные округа), а также за репатриантками (т. е. женщинами, возвращающимися на родину), показали, что особенности гинекологической патологии военного времени специфичны не только для армии. Они в не меньшей, а может быть, и в большей степени отмечаются и в тылу, среди гражданского женского населения.

Изучение вопросов гинекологии военного времени находится пока в зачаточном состоянии. Нет сомнения, что по мере накопления опыта рамки изучения будут расширяться. Однако и теперь уже можно отметить некоторые из относящихся сюда патологических состояний.

Разумеется, в военное время' полностью сохраняют свою силу все виды акушерско-гинекологической патологии, наблюдающиеся и в мирных условиях. Но в военное время некоторые из них встречаются значительно чаще, имеют иное течение и требуют проведения в жизнь своеобразных лечебно-профилактических и организационных мероприятий.

Выявленные до сих пор особенности гинекологической патологии военного времени могут быть сведены в определенные группы.

I. Расстройства овариально -менструального цикла наблюдались у 15—50% всех женщин и девушек, зрелых в половом отношении. В отдельных случаях, когда присоединялся фактор алиментарного истощения (Ленинград зимой 1941/42 г., Сталинградская область зимой 1942/43 г. и др.), эта цифра значительно повышалась и достигала порой 85%.

К. этой группе расстройств относятся: а) аменоррея военного Времени, т. е. длительная аменоррея в детородном возрасте, не связанная с беременностью или какой-нибудь патологией, общей или гинекологической, одним из симптомов которой является прекращение месячных; б) аменоррея от алиментарной дистрофии; в) дисменоррея и меноррагия, наступающие вслед за прекратившейся аменорреей военного времени или, реже, появляющиеся независимо от последней; г) ювенильные маточные кровотечения, встречающиеся во время войны у девушек в периоде полового созревания значительно чаще, чем в мирных условиях.

II. Вульвовагиниты различной этиологии. Они наблюдаются в военное время по сравнению с довоенным в 10 раз чаще.

Сюда относятся вульвовагиниты: а) вульгарные — от трудности соблюдения личной гигиены при плохих жилищных и санитарно-гигиенических условиях, при перемещениях на длительные расстояния и т. п.; б) трихомснадные — при размещении женских контингентов в лесистых или болотистых местностях; в) гонорройные (в местах, освобожденных от вражеской оккупации) и т. п.

III. Особенности в течении беременности: а) значительное повышение во время войны процента самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов по сравнению с довоенным, что, по нашим наблюдениям, далеко не всегда является результатом какого-нибудь вмешательства; б) сравнительная частота и своеобразие течения большинства заболеваний, относимых к группе токсикозов беременности (слюнотечение, неукротимая рвота, водянка беременных, эклампсия, остеопатии, гепатопатии и др.), особенно эклампсия, в отношении которой во время войны бросается в глаза высокий процент заболеваемости, тяжелое течение, высокая смертность, появление в ранние сроки, притом так же часто у повторнородящих, как и у первородящих, и другие особенности в ее течении.

IV. Заболеваниякожи и ее производных: а) пиодермии (в частности, фурункулез), получившие во время войны довольно широкое распространение среди женщин, особенно жительниц прифронтовых районов, где пиодермиями поражалось до 5% женского населения. Частота заболеваний кожных покровов у женщин, по нашим данным, в военные годы в 10 раз превосходит аналогичные цифры довоенного времени и вызывается рядом причин, из которых наиболее вероятными мы считаем, на основании личных наблюдений, следующие: 1) трудность соблюдения правил личной гигиены при стесненных бытовых условиях; 2) укусы насекомых (загрязнение от расчесов); 3) запыление кожи при несении службы на дорогах (регулировщицы на военно-автомобильных

дорогах и др.) или в промышленных предприятиях при высокой запыленности цехов (в связи с производством).

б) Некоторые дерматозы, в частности, экземы сосков, до войны редко наблюдавшиеся вне беременности и довольно часто (по нашим данным до 2%) встречавшиеся во время "войны.

в) Грудницы у девушек и молодых небеоеменных и не кормящих грудью женщин, редко встречавшиеся в мирных условиях и довольно часто — в военных (до 2%).

г) Кондиломы наружных половых органов, влагалища и шейки матки. отличающиеся в военное время, по нашим наблюдениям, большей частотой распространения, возникновением их у девственниц и молодых женщин, не страдающих воспалительными гинекологическими заболеваниями, а также быстрым развитием и обширностью поражения.

Совпадение кривой роста перечисленных заболеваний с кривой развития аменорреи военного времени позволяет допустить общность вызывающих их или предрасполагающих к ним причин, а также связанных с ними изменений в реактивности женского организма. В этом отношении может быть проведена аналогия с беременностью, при которой также наблюдаются нередко экземы сосков, пышный рост кондилом половых органов и другие патологические состояния. В наблюдавшихся нами 180 случаях непуэрперальной грудницы заболевание или повреждение покровов грудной железы было установлено в 124 (68,9%) случаях. В остальных 56 (31,1%) случаях ^ти явления отсутствовали, причем возникновению грудницы предшествовало нагрубание обеих грудных желез с ясно прощупывавшимися в них увеличенными, плотными и болезненными дольками.

V. Расстройство функции мочевых органов. К этой группе заболеваний мы относим: а) частое и болезненное мочеиспускание, нередко (до.1%) наблюдавшееся во время войны у девушек и молодых женщин и являвшееся результатом охлаждения нижних конечностей и органов таза (например, при длительном стоянии на часах в холодную и сырую погоду), перенапряжения мочевого пузыря при длительном воздержании от акта мочеиспускания (например, у специалисток, работающих на различных приборах и не имеющих возможности отойти во время работы от приборов) и т. п., что нередко вызывало также цистит, проявлявшийся такими же симптомами; б) императивные позывы на мочеиспускание (недержание мочи), которыми, по нашим данным, страдали в период наивысшего их развития (зима 1942/43 г.) от 0,5 до 1% всех обследованных в армии женщин. Аналогичные явления наблюдались и среди гражданского населения, особенно в блокированных местностях (Ленинград зимой 1941/42 г., Сталинградская область зимой 1942/43 г.), и притом во много раз чаще — иногда у подавляющего большинства женщин данной местности.

Причины недержания мочи, наблюдавшегося у девушек и женщин во время войны, еще не достаточно изучены. Анализ нашего материала (264 случая) позволил нам в январе 1944 г. (на совещании гинекологической подсекции УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии) приписать их происхождение недостатку в организме больной яичниковых гормонов (в частности, фолликулина), связанной с этим общей дискринии, недостаточному питанию (в частности, недостатку витаминов и жиров) и т. п. За это говорит параллелизм кривых недержания мочи и аменорреи военного времени, резкое снижение обоих этих состояний при улучшении питания и другие факты.

VI . Военный травматизм женщин (общий и местный — половых органов) хотя и резко уступает в количественном отношении мужскому, но никогда и нигде не наблюдался в таких размерах, как во время войны 1939—1945 гг. Поэтому он занимает важное место в гинекологической патологии военного времени. Огнестрельные ранения

женщин, ушибы и другие повреждения нередко оказывают при любой их локализации достаточно заметное влияние на функцию половых органов (прекращение месячных или изменение их типа, преждевременное прерывание беременности, обострение хронических воспалительных гинекологических заболеваний и т. п.).

VI I. Прочие виды патологии женщин, выявившиеся ввоенныегоды. К этой группе относятся:

а) выявленные нами в конце 1942 г. отеки ног внесердечного и внепочечного происхождения у военнослужащих девушек и женщин, особенно в период их «новобранчества»; аналогичные явления имели место и среди гражданского населения, особенно прифронтовых районов и местностей, находившихся некоторое время во вражеской оккупации;

б) ряд патологических состояний, наблюдавшихся в военные годы у небеременных женщин значительно чаще, чем в довоенное время: не обоснованные объективными данными крестцовые боли, кариес зубов, болезненность в симфизе и в крестцово-подвздошных сочленениях, опущение половых органов, варикозное расширение вен нижних конечностей, наружных половых органов и влагалища, перниционоподобное малокровие и истощение у девушек и женщин со здоровыми важнейшими органами (сердце, легкие, почки, печень и др.), преждевременный климактерий (ожирение, развитие характерных вегетативных явлений и т. п.).

Одной из особенностей гинекологии военного времени является также своеобразие профилактических мероприятий и массовый охват ими всех женщин данного коллектива (промышленное предприятие, воинская часть и т. п.). Необходимость таких мероприятий вызывается укомплектованностью промышленных предприятий в военное время преимущественно женщинами, нередко находящимися в неблагоприятных условиях — трудовых (удлиненный рабочий день), санитарно-гигиенических и жилищно-бытовых (скученность, расквартирование в лесистых и болотистых местах и т. п.), что, как известно, может отразиться неблагоприятно на здоровье женщин. Не в меньшей мере сказанное относится к женщинам, служащим в действующей армии (казарменное размещение, переутомление, особенно во время активных боевых операций, ношение военной формы, несение караульной службы при плохих метеорологических' условиях и т. п.).

Как показал опыт, отрицательные влияния условий военного времени на женский организм полностью (или почти полностью) могут быть устранены систематическим проведением ряда разнообразных профилактических мероприятий: ежемесячных медицинских осмотров женщин (включая гинекологическое исследование), обеспечения каждой из них возможности выполнения ежедневного гигиенического туалета (во время месячных 2—3 раза в сутки), контролирования нормального функционирования туалетных комнат, систематического снабжения всех девушек и женщин гигроскопической ватой и дополнительной нормой мыла и др. Таким путем обычно удается свести к минимуму отрицательное влияние на женский организм условий военного времени. Напротив, там, где этих мероприятий не проводят или проводят неполно, немедленно появляются патологические состояния (вульвовагиниты различной этиологии, пиодермии, кондиломы, самопроизвольные выкидыши и т. д.).

Система массовых профилактических мероприятий, особенно поголовных ежемесячных медицинских осмотров всех женщин, служащих или живущих в большом коллективе (промышленное предприятие, воинская часть, лагерь, общежитие и т. п.), является особенностью военного времени и вызвана к жизни условиями, созданными военной обста-

новкой не только на фронте, но и в тылу, среди гражданского населения.

Специфический характер имеет профилактическая работа военных гинекологов среди гражданского населения местностей, оказавшихся в сфере военных действий. Эта профилактическая работа отличается, помимо новизны, исключительной массовостью, интенсивностью и высотой темпов, так как приходилось в кратчайшие сроки (в 1—2 дня) охватывать этой работой тысячи женщин.

Рядом особенностей отличается лечебно-эвакуационная работа гинекологов в действующей армии. К этим особенностям относятся: а) постоянная готовность лечебно-профилактических учреждений фронта (МСБ, ППГ, ЭГ и др.) к оказанию нуждающимся в этом неотложной акушерско-гинекологической помощи; б) принципы госпитализации гинекологических больных, например, расширение по сравнению с мирными условиями показаний к госпитализации больных дисменорреей, меноррагией, неукротимой рвотой, угрожающим выкидышем и т. п.; в) эвакуация в зависимости от обстановки, а не только от состояния больной {для изъятия больных из угрожаемого района, освобождения коек для раненых и т. п.); г) этапность лечения, требующая единого руководства и осуществления единой доктрины военной гинекологии (единого понимания сущности патологических процессов в мочеполовой сфере женщины, единых принципов эвакуации и лечения и т. п.); д) значение точной документации, учитывая смену госпитального содержания, нахождение в пути, смену врачей и т. л.; е) умение организовать в примитивных условиях (в землянках, палатке и т. п.) такое лечение и уход, которые не уступали бы условиям благоустроенных стабильных стационаров (недопущение скидки на полевые условия); ж) умение в случае необходимости импровизировать инструменты, недостающие для оказания экстренной акушерско-гинекологической помощи, и т. п.

Сочетание широкой организационной и лечебной работы в трудных условиях фронта придает деятельности военного гинеколога особые черты. Массовость профилактических мероприятий и постоянная готовность обеспечить женщинам неотложную гинекологическую помощь на всех этапах эвакуации требуют большого количества специалистов.

Подготовка гинекологических кадров осуществляется на многочисленных армейских учебных сборах врачей, на фронтовых и окружных курсах специализации, занятиями по гинекологии с врачами других специальностей, совершенствованием врачей по гинекологии на военном факультете ЦПУ Министерства здравоохранения СССР, на лечебно-профилактическом факультете Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, на армейских фронтовых и окружных курсах усовершенствования для среднего медицинского состава и т. п.

Наконец, жизнь требует углубленного изучения вопросов, связанных: 1) с особенностями женской патологии военного времени; 2) с военным травматизмом женщин; 3) с динамикой физического их развития; 4) с военно-врачебной экспертизой (определение годности женщин к военной службе, изучение происхождения и распознавания притворных гинекологических заболеваний и т. п.); 5) с усовершенствованием и рационализацией предметов женской гигиены, обмундирования, жилищ (казармы, общежития); 6) с влиянием БОВ на женский организм и т. п.

. Гинекология военного времени, представляя комплекс организационных и клинических вопросов, специфичных для военного времени, имеет свою методику (поголовный охват всех женщин широко развитой профилактической работой, тесно увязанной с лечебной), требует единого руководства и контроля; имеет, наряду с общегинекологической, свою нозологическую группу патологических состояний женщины, свою научную тематику.

Все это оправдывает выделение гинекологии военного времени в особый раздел гинекологии. Этот новый важный раздел должен найти надлежащее место в программах высших и средних медицинских учебных заведений и в руководствах по гинекологии для врачей, студентов, фельдшеров и акушерок.

Научная тематика гинекологии военного времени, представляющая большой практический и несомненный теоретический интерес, не теряет своей актуальности и в мирное время. Она должна быть включена в планы научных работ акушерскц-гинекологических кафедр военно-медицинских академий, медицинских институтов, институтов усовершенствования врачей и акушерско-гинекологических научно-исследовательских институтов.

К изучению проблем гинекологии военного времени следует приступить сейчас же, пока еще не забыты личные наблюдения гинекологов (военных и гражданских) в этом направлении, пока еще немало женщин носит на себе следы этих видов патологии, пока еще в медицинских архивах легко найти нужные отчеты, истории болезни и другие материалы.

*

Подполковник мед. службы канд. мед. наук Н. И. АЛЕКСАНДРОВ

и канд. мед, наук Н. Е. ГЕФЕН

О ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПОЛИВАКЦИНОЙ

нииси

(Предварительное сообщение)

В последнее десятилетие (1935—1945) во всех европейских армиях стали широко применять метод активной специфической профилактики столбняка посредством анатоксина. Метод был разработан в 1922—1925 гг. французскими авторами Рамоном, Целлером и Декомбей. Быстрое и всеобщее признание метода опытной иммунизации столбнячным анатоксинохм объясняется прежде всего тем, что он исключительно эффективен и имеет ряд преимуществ по сравнению со старым методом — сывороточной профилактикой.

Как известно, противостолбнячная сыворотка из-за свойственных ей крупных недостатков не разрешила полностью проблемы профилактики столбняка. Полувековой опыт применения противостолбнячной сыворотки показал, что она действительна лишь в том случае, если вводится впервые 10—12 часов после ранения. Но даже своевременное и повторное^введение сыворотки еще не гарантирует человека от заболевания столбняком. Иммунитет, сообщаемый сывороткой, очень непродолжителен и при каждом повторном введении сыворотки делается все более коротким. Кроме того, введение сыворотки в,организм часто сопровождается различными осложнениями — сывороточной болезнью, анафилактическим шоком, нервными параличами и др. Столбняк может развиться и после мелких травм. Эти травмы столь часты, что серопрофилактика при них практически неосуществима.

Недостатки серопрофилактики побуждали искать более эффективных методов специфической профилактики столбняка. Работы в этом направлении начались еще во время первой мировой войны, когда выяснилось, что даже в тех армиях, где противостолбнячная сыворотка применялась бесперебойно, 0,5% всех раненых заболевало столбняком.

В 1915 г. Пиорковский провел опыты иммунизации мышей гретым столбнячным токсином. В том же году Эйслер и Левенштейн опублико-

вали работу по иммунизации формалинизированным токсином. Несколько позже Вале и Бази, а затем Окуда сообщили об иммунизации животных и людей смесью столбнячного токсина с раствором Люголя. Однако все эти методы оказались несовершенными и не нашли приме-'нения.

Прочную научную базу иммунизация обезвреженными токсинами получила лишь после трудов Рамона и его сотрудников, разработавших методику приготовления анатоксинов (токсоидов). Опыты иммунизации столбнячным анатоксином, произведенные почти во всех странах мира, подтвердили высокую эффективность метода и его безвредность. С этого времени метод активной иммунизации против столбняка прочно вошел в иммунологическую практику.

В 1936 г. во Франции был принят закон об обязательных прививках против столбняка в армии и флоте. Такое же постановление после работ Пономарева, Воскресенского и Николаевой, Рогозина и Александрова (под руководством Здродовского) принято <в 1937 г. и в Советском Союзе.

Метод активной специфической профилактики столбняка анатоксином открыл новую эру в борьбе с этим грозным заболеванием, принимавшим во время прошлых мировых войн характер настоящих эпидемий. Но широкому применению его препятствовала относительная сложность. Так, например, вначале иммунитет удавалось получить лишь после многократных прививок анатоксина (от 5 до 20 инъекций). Поэтому не могло быть и речи о массовой иммунизации.

Работы по усовершенствованию метода иммунизации анатоксином продолжались. Удалось доказать возможность и рациональность объединения прививок против столбняка с прививками .против других инфекций, в частности, против брюшного тифа и паратифов, сократить количество прививок сначала до трех, а затем до двух. При этом выяснилось, что двукратные прививки столбнячным анатоксином не уступают по эффективности троекратным при условии увеличения интервала между первой и второй инъекцией до 20 дней. Отсюда вытекало весьма важное положение, что непременным условием успеха вакцинации является, повидимому, не многократность иммунизации, а длительность иммунизаторного раздражения. Это принципиальное положение нашло подтверждение в многочисленных экспериментальных работах и побудило начать разработку метода однократной иммунизации.

В поисках способа однократной иммунизации исследователи исходили прежде всего из хорошо изученного метода «депо», предложенного, как известно, еще в 1916 г.' французским микробиологом Ле 'Муаньи.

В 1925 г. Гленни вновь напомнил о нем, применив для создания депо алюминиевые квасцы.

С этого момента вопрос об однократной иммунизации, остававшийся долгое время одной из основных проблем иммунологии, вступил в новую фазу развития.

В короткое время появилось большое количество работ, авторы которых на многих сотнях экспериментальных животных показали, что иммуногенная активность различных антигенов резко усиливается при добавлении к ним неспецифических депонирующих веществ. Особенно большое внимание уделялось изучению депонированного дифтерийного анатоксина. Удалось установить, что депонированный анатоксин обладает высокоиммуногенными свойствами. Это подчеркивается во всех работах по экспериментальному изучению иммуногенных свойств депонированных антигенов. Значительное большинство исследователей признает преимущество депонированных антигенов перед обычными и считает, что иммунитет, получаемый после однократного введения их, не уступает иммунитету после дву- и троекратной иммунизации недепонированными антигенами.

Работ, посвященных использованию метода депо, — в иммунологии очень много.'Мн приведем лишь" работы, касающиеся противостолбнячной иммунизации. Уже в 1926 г. Рамон отметил благоприятное влияние депо на иммунизацию столбнячным анатоксином. Это влияние при столбнячной иммунизации было даже более выражено, чем при дифтерийной. Автор пишет, что депо (при помощи тапиоки) «почти удваивает дифтерийный и упятеряет столбнячный титр». Больший эффект депо при столбнячной иммунизации по сравнению с дифтерийной отмечают и другие авторы (Гленни).

Рамон и Леметайе в 1931 г. от двух инъекций столбнячного анатоксина без депо получили средний титр сыворотки, равный 0,005 АЕ; с депо — 0,88 АЕ (с тапиокой), 0,3 АЕ (с хлористым кальцием) и 0,24 АЕ (с квасцами). Леметайе и Дешей в 1931 г. при столбнячной иммунизации получили с депо титры в 4—10 раз ббльшие, чем без него. Суатю в курсе столбнячной иммунизации чистым анатоксином без депо получил средний титр сыворотки, равный 0,5 АЕ, с депо — 5 АЕ (с квасцами) и 1 АЕ (с тапиокой).

Таким образом, уже сравнительно давно было- установлено благоприятное влияние депо на иммунизацию столбнячным анатоксином. Последующие работы все более утверждали это положение.

В 1934 г. сотрудники Харьковского мечниковского института (Мельник, Старобинец, Червяков и Школьниксон) провели опыты по иммунизации преципитированным столбнячным анатоксином мелких лабораторных животных. Авторы установили, что морские свинки, кролики и крысы, однократно вакцинированные столбнячным анатоксином, преципитированным калийными квасцами, приобретают значительно более высокий иммунитет, чем животные, однократно иммунизированные чистым анатоксином.

В следующей работе, опубликованной в 1935 г., 'Мельник и Старобинец отмечают, что однократное подкожное введение преципитированного столбнячного анатоксина (в дозе 1 см^3) создает более солидный иммунитет, чем троекратное подкожное введение того же анатоксина, но не преципитированного.

В том же году 3. М. Брин опубликовал результаты опытов, произведенных на лошадях и доказавших, что после однократного введения тетанического анатоксина в условиях медленной резорбции его (депо) образуется прочный иммунитет против столбняка. Однократное введение осажденного квасцами и ресуспендированного анатоксина сообщает лошади полную невосприимчивость к экспериментальному заражению спорами столбняка. Это же положение автор подтвердил и в работе, опубликованной в 1936 г.

Известные английские исследователи Берджи и Этрис, а также Джонс и Моз в ряде работ, опубликованных в 1934—1939 гг., доказали исключительно благоприятное влияние депо при столбнячной иммунизации. Так, например, однократная иммунизация людей столбнячным анатоксином с прибавлением к нему квасцов оказалась более эффективной, чем троекратная инъекция обычным анатоксином.

Проф. Н. К. Цветков и А. А. Бреус в работе, опубликованной в 1938 г., сообщили, что в их опытах морские свинки, получившие под кожу по 1 см^3 преципитированного столбнячного анатоксина, уже через 15 дней переносили без заболевания инъекции 250, 500, 750 и 1 000 О1т столбнячного токсина. Эти данные подтвердили и сотрудники Ветеринарного научно-исследовательского иАтитута Красной Армии (Стрелков, Полканов и др.).

В 1939 г. опубликована работа Демидова, 'посвященная тому же вопросу. Автор, сопоставляя эффективность двух испытанных им методов ■иммунизации квасцовым анатоксином, говорит, что нет никаких оснований приписывать двукратной вакцинации какие-либо преимущества

перед однократной. И при однократном введении квасцового анатоксина иммунитет появляется довольно рано и вполне обеспечивает устойчивость против заражения.

После этих работ при Военно-ветеринарном управлении Красной Армии была создана специальная комиссия для детального изучения вопроса. Комиссия разработала инструкцию по противостолбнячной иммунизации лошадей, утвержденную затем приказом НКО № 151 от 8 июля 1939 г. и обязательную при проведении прививок конскому составу Красной Армии. По этой инструкции прививки против столбняка лошадям производятся однократно путем подкожной инъекции 5 см^3 столбнячного анатоксина, преципитированного квасцами (1%).

Метод однократной иммунизации лошадей против столбняка широко испытан в Красной Армии во время Великой отечественной войны.

В работе, опубликованной в 1940 г. (ЖМЭИ, №4), О. А. Островская сообщила, что, по ее данным, однократная инъекция квасцового препарата сообщает иммунитет, не уступающий по своей напряженности иммунитету свинок, подвергшихся двукратной вакцинации наиболее эффективными препаратами чистого анатоксина. При этом слабый анатоксин при двукратной вакцинации им оказался менее эффективным, чем при однократном применении его в виде квасцового препарата.

Проф. А. А. Бреус в 1942 г. (ЖМЭИ, № 1—2) сообщил, что квасцовый анатоксин в дозе 1 см^3 обладает гораздо большей иммунизаторной силой, чем 5 см^3 нативного анатоксина. В том же году (ЖМЭИ, № 1—2, 1942) В. И. Константинова указала, что, по ее данным, морские свинки, однократно иммунизированные 3 см^3 осажденного столбнячного анатоксина, содержали через 3 месяца в 1 см^3 сыворотки от 0,01 до 5 АЕ и противостояли введению от 100 до 500 П1т столбнячного токсина.

Известный немецкий исследователь проф. Пригге [1] также установил благоприятное влияние депо при столбнячной иммунизации.

Вальтере и Демель[1] [2], являющиеся крупными специалистами в области столбняка, считают, что иммунизация квасцовым анатоксином в дозе 1 см^3 и через 4 недели еще 1 см^3 создает у людей абсолютный иммунитет к столбняку практически на всю жизнь. Они считают, что и однократная прививка создает достаточно прочный иммунитет. При однократной прививке, по их данным, оптимальный иммунитет наступает через 7—11 недель. Если же через 8—14 дней после первой прививки произвести вторую, то оптимальный иммунитет наступает через 4 недели.

Таким образом, метод депо в иммунологии и, в частности, при столбнячной иммунизации получил всеобщее признание как метод, резко усиливающий эффект иммунизации. Большинство авторов считает, что однократная прививка депонированными вакцинами создает достаточно пробный иммунитет, не уступающий иммунитету, получаемому после троекратной вакцинации обычными, не депонированными вакцинами. Повторная прививка при депонированных вакцинах усиливает эффект иммунизации, но ее рекомендуется делать не ранее, чем через 4 недели после первой. Ряд исследователей (Берджи, Этрис и др.) считает даже, что повторную прививку при депонированных вакцинах следует производить не ранее, чем через 3 месяца. Поэтому повторную прививку по существу можно рассматривать как ревакцинацию.

'Метод депо был использован и для противостолбнячной иммунизации личного состава Красной Армии. С этой целью обычный столбнячный анатоксин, ранее применявшийся рег ве, стали применять в основ-

1 2Ы. Г. Рас!. Ва. 145, 1940.

2 а I Ie г в ипЗ Вепте!, 218сЪг. I. Ну§ и. ШесЬ Ва. 122, 8. СОЗ, 1940; Ва. 124. 8. 326, 1942.

ном в депонированном виде. Он вошел в состав депо-поливакцины НИИСИ, принятой в Красной Армии для иммунизации личного состаза войск с 1941 г. В этой вакцине столбнячный анатоксин занимает ровно половину ее объема, и, стало быть, при каждой инъекции поливакгины (применяемой в дозе 2 см^3) он вводится в количестве 1 см^3.

Такая доза депонированного столбнячного анатоксина совершенно достаточна для человека, ибо даже для лошади, которая гораздо более гувствительна к столбняку, установлена доза в 5 см^3. Разумеется, анатоксин должен обладать достаточно высокой антигенностью, так как теперь точно установлено, что иммуногенная сила его тем выше, чем выше антигенная способность. При установлении дозировки анатоксина в поливакцине необходимо учитывать также и то, что «ревакцинация поливакциной производится той же дозой (2 см^3) через 6 месяцев после первичной вакцинации или даже ранее этого срока по эпидемическим показаниям».

Поливакцина НИИСИ является препаратом комплексной природы. Противостолбнячный компонент в ней представлен в виде обычного столбнячного анатоксина, депонированного вместе с другими антигенами солями фосфата кальция. Соли фосфата кальция в качестве депонирующего вещества поливакцины выбраны не случайно. Этому вопросу, как известно, посвящено большое количество работ, в которых приводятся результаты испытания различных веществ, замедляющих всасывание антигенов.

Так, например, Рамон испытывал с этой целью тапиоку и хлористый кальций, Рамон и Целлер — ВСС, Рамон и Леметайе — лецитин, холестерин, эмульсию мозга, ланолин, росный ладан, уголь. Они же изучали влияние на скорость резорбции антигенов бычьей желчи, прованского масла, комбинации масла с холестерином, масла, камфоры с холестерином, масла с ланолином и др. Норман и Мейерс испытывали прованское масло и гумми-арабик, а Уоми и Фрезери — рыбий жир. Гленни изучал алюминиевые квасцы, а Муромцев, Дашец и Шейннан — агаровый гель.

Из длинного списка неспецифичеоких веществ, испытывавшихся для замедления резорбции антигенов, на практике нашли применение: тапиока, квасцы, соли кальция и агаровый гель. Соли кальция, применявшиеся для преципитации антигенов уже в 1889 г., вновь предложили Рамон и Леметайе в 1931 г. Авторы обрабатывали антигены хлористым кальцием, в результате чего ■происходило образование солей фосфата кальция. Антигены, содержащие соли фосфата кальция, при подкожном введении вызывают местную воспалительную реакцию, но менее сильную, чем тапиока и квасцы. Инфильтраты рассасываются несколько быстрее и с меньшим процентом нагноений. Общее действие солей кальция на организм по утверждению ряда авторов отнюдь не вредное, а, быть может, ’и полезное (особенно в свете современного учения о значении солей кальция для организма).

Соли кальция, примененные для гипериммунизации, повышают титры сывороток и обладают способностью удерживать их без больших колебаний из курса в курс.

Бейлинсон и Бобкова (ЦИЭМ) в обстоятельных работах наглядно показали преимущество солей фосфата кальция по сравнению с другими депонирующими веществами. Эти данные подтвердились в проведенных нами проверочных опытах.

В последнее время сотрудники Московского мечниковского института (Филиппова, Добкина, Косова и др.) ■ в специально поставленных экспериментах еще раз подтвердили преимущество солей фосфата кальция по сравнению с квасцами. В их опытах столбнячный анатоксин, депонированный фосфатом, ’ оказался более эффективным, чем тот же анатоксин, депонированный квасцами.

Поливакцина НИИСИ, депонированная фосфатом кальция, при испытании на животных оказалась высоко иммуногенной по отношению ко всем входящим в ее состав компонентам, в том числе и к столбняку. Так, например, 90% однократно иммунизированных мышей (получивших по 0,5 см^3 поливакцины под кожу) через 30—40 дней переносили заражение 5 и 10 смертельными дозами столбнячного токсина.

Аналогичные результаты были получены и на морских свинках. Выжили все свинки, зараженные 25 и 50 смертельными дозами столбнячного токсина (ббльшие дозы не испытывались) через 35—40 дней после однократной инъекции поливакцины {в дозе 1 см^3 под кожу). Работники 'Московского мечниковского института (О. Г. Филиппова с сотрудниками) обнаружили такую же резистентность у однократно иммунизированных поливакциной свинок и пб отношению к 100 О1т столбнячного токсина.

Таким образом, депонированный фосфатом кальция столбнячный анатоксин в составе поливакцины НИИСИ в эксперименте на животных обнаружил высокую иммуногенную эффективность.

Все это свидетельствует о том, что метод иммунизации депонированным столбнячным анатоксином в составе депо-поливакцины НИИСИ вполне обоснован как теоретически, так и экспериментально.

С начала Великой отечественной войны столбнячный анатоксин в основном в депонированном виде, в составе депо-поливакцины НИИСИ, стали применять для иммунизации личного состава Красной Армии. Это позволило действительно широко использовать метод активной иммунизации войск против желудочно-кишечных инфекций и столбняка и подвергнуть его широкому испытанию.

Известно, что во время прошлых войн заболеваемость столбняком среди раненых была очень высокой. Так, во время гражданской войны в Америке (1861—1865 гг.) на 217,000 раненых зарегистрировано 505 случаев столбняка, что составляет 2,3 на 1 000. Во время франко-прусской войны из 95 000 раненых заболело столбняком 350, т. е. 3,5 на 1 000. В русско-турецкую войну (1877—1878 гг.) в дунайской армии отмечено 66 случаев столбняка на 51 700 раненых, или 1,2 на 1 000. В русско-японскую войну (1904 г.) на 121 850 раненых умерло от столбняка 804, т. е. 2,4 на 1 000. В первую мировую войну в германской армии зарегистрировано 5,65 заболевания столбняком на 1 000 раненых; во французской армии 12 случаев на 1 000 и в английской армии 1,17 случая на 1 000 раненых. В русской армии в первую мировую войну заболеваемость столбняком достигала 12 случаев на 1 000 раненых.

Заболеваемость столбняком в Красной Армии во время Великой отечественной войны совершенно иная: «Мы видели эту инфекцию только эпизодически», — пишет главный хирург эвакогоспиталей НКЗдрава СССР проф. *И. Г.* Руфанов в статье «'Методы, проверенные жизнью» (газета «Медицинский работник», № 41, от 26 июля 1945 г.). В этой же статье автор приводит данные одного из крупнейших РЭП, из которых видно, что заболеваемость столбняком среди раненых с 0,06% в 1942 г. снизилась до 0,008% в 1944 г. «Благодаря профилактическому введению анатоксина, — пишет автор, — столбняк не является для нас проблемой».

Действительно, заболеваемость столбняком в Красной Армии в течение Великой отечественной войны держалась на весьма низком уровне, несмотря на наличие предпосылок, благоприятствующих развитию этой инфекции (большое количество осколочных, загрязненных землей ран, вследствие широкого применения всевозможных видов артиллерии, мин и авиабомб). Сравнительное благополучие по столбняку в Красной Армии объясняется широким применением метода его активной специфической профилактики. Широкое же применение метода активной иммунизации в

условиях современной войны стало возможным лишь благодаря использованию депо-пол и вакцины НИИСИ, допускающей максимальный охват прививками войсковых контингентов и поступающих в армию пополнений. Таким образом, метод активной специфической профилактики столбняка при помощи депо-поливакцины НИИСИ успешно выдержал испытание.

На основании приведенных предварительных данных можно сделать следующие выводы:

1. Метод активной специфической профилактики столбняка анатоксином открыл новую эру в борьбе с этим грозным заболеванием, принимавшим в прошлые войны характер настоящих эпидемий.

2. Сначала широкому применению метода активной иммунизации против столбняка препятствовала его относительная сложность.

3. В дальнейшем была доказана возможность и рациональность объединения прививок против столбняка с прививками против других инфекций. Вместе с тем удалось сократить количество прививок сначала до трех, затем до двух и, наконец, до одной. Это позволило охватить активной иммунизацией против столбняка все войсковые контингенты.

4. В разработке метода однократной иммунизации против столбняка был использован метод депо, резко усиливающий эффект иммунизации.

'5 . Многочисленные данные о благоприятной роли депо при столбнячной иммунизации послужили основанием для использования этого метода в противостолбнячной иммунизации личного состава Красной Армии. С этой целью обычный столбнячный анатоксин, ранее применявшийся рег зе, стали применять в основном в депонированном виде, в составе депо-поливакцины НИИСИ.

6. Метод специфической профилактики столбняка при помощи депо-поливакцины НИИСИ во время Великой отечественной войны подвергся всесторонней проверке и успешно выдержал ее. Заболеваемость столбняком в Красной Армии в течение Великой отечественной войны держалась на весьма низком уровне и не обнаруживала никакой тенденции к нарастанию.

7. Для полной ликвидации столбняка среди раненых необходима поголовная вакцинация и своевременная ревакцинация войсковых контингентов поливакциной НИИСИ.,

★

Майор мед, службы М. А. ТРОПЯНОВ

ПРОСТЕЙШИЙ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ

Опыт Великой отечественной войны показал, как важна ранняя диагностика газовой гангрены, особенно в той стадии, когда при осмотре явления гангрены еще не определяются.

Это побудило нас искать такой метод ранней диагностики, который можно было бы применить в любых условиях.

Газовая гангрена развивается, как правило, .из глубины раны и оттуда распространяемся к поверхности пораженного органа. В 90—95% случаев она сопровождается образованием в результате жизнедеятельности анаэробов газа, преимущественно сероводорода. На этом основании мы предложили и с успехом применяли на практике пробу, которую назвали «пункционной пробой с уксуснокислым свинцом».

Проба состоит в следующем: длинной иглой, строго соблюдая правила асептики, делают прокол в глубину раны и 10—20-граммовым

шприцем, насаженным на иглу, отсасывают содержимое раны. Если в ране есть газ, он проникает в цилиндр шприца. Из шприца его через ту же иглу выдувают поршнем на бумажку, омоченную 4—5Р/а раствором уксуснокислого свинца. Если в газовой смеси есть сероводород, бумажка темнеет и проба на газовую гангрену считается положительной. Шприц необходимо держать иглой вверх, чтобы на реактивную бумажку не капнула сукровичнай жидкость, и следить, чтобы сероводород не улетучился. 4

При малейшем подозрении на газовую гангрену такую пробу делают несколько раз в день. Это позволяет учитывать быстроту развития процесса. Пункцию с отсасыванием рекомендуется производить в нескольких точках.

Практика показала, что рекомендуемая нами проба выполнима в любых условиях и может служить также для диференциации газа другого происхождения (не сероводорода).

Пользуясь предложенным проф. А. В. Мельниковым методом диагностики газовой гангрены, известным под названием «триада Мельникова», и нашей пробой, мы почти во всех случаях могли рано определить начало развития газовой гангрены. Исключение составляли только случаи отечной формы газовой гангрены без газообразования.

★

Майор мед. службы Ю. Н. МАЦ

ИЗГОТОВЛЕНИЕ СТАНДАРТНОЙ АГГЛЮТИНИРУЮЩЕЙ СЫВОРОТКИ В УСЛОВИЯХ ппг

Когда есть доброкачественная гемоагглютинирующая сыворотка, можно легко и просто при помощи общепринятого способа Винцента (капельным методом) определить группу крови. К сожалению, сыворотку доставляли в госпитали и МСБ с большими перебоями, вполне естественными в военное время на фронте.

Имея многолетний опыт изготовления стандартной гемоагглютинирующей сыворотки в одном из институтов СССР, мы решили организовать изготовление сыворотки в ППГ и освободить, таким образом, себя и другие санитарные учреждения армии от влияния случайностей. Первым условием для осуществления намеченной цели явился подбор стандартных эритроцитов 0(1), А(П) и В(Ш) группы. 'Мы их легко нашли у трех работников терапевтического отделения нашего госпиталя. По мере необходимости брали у этих лиц по 0,5 см^3 крови (через укол пальца) на несколько капель 5% лимоннокислого натрия, центрифугировали, сливали сыворотку, а осадок эритроцитов использовали в качестве стандартов. Получив стандартные эритроциты, приступили к подбору сыворотки. Источником для получения сыворотки были наши доноры и работники ППГ, имевшие сыворотки высокого титра. На титр были обследованы все доноры и личный состав госпиталя. Кровь для определения титра брали из пальца по тому же способу, как для стандартных эритроцитов, и в слитой после центрифугирования сыворотке определяли титр агглютинина. Чтобы подобрать кровь пригодного титра, пришлось определять титр у 59 человек. Из них удалось выделить 5 человек: шофер Ш. — 0(1) группы с титром агглютинина 1 : 64, сестра Я. — А(П), титр 1:48; работница кухни С. — А(П), титр 1:120, красноармеец А. — В(Ш), титр 1:64, санитар Ф. — В(1П), титр 1:80. Остальные имели значительно более низкий титр сывороток.

Титр определяли капельным методом. Каплю исследуемой сыворотки разводили в 8, 16, 32, 64, 80 и т. д. каплях физиологического раствора

и *эту* разведенную сыворотку обычным образом испытывали на агглютинацию при помощи стандартных эритроцитов.

Помимо работников нашего госпиталя, мы обследовали на титр также 15 человек из Ы-ского эвакопункта. Всего, таким образом, обследовано 74 человека. Результаты обследования представлены в следующей таблице.

Группа	Количество обследованных лиц	Титр *а*		Титр 3	
		ниже 1:16	выше 1:16	ниже 1:16	выше 1:16
0 (I).....	29	24	5	28	1
А(П).....	2?	—		18	5
В(Ш).....	22	**15**	7	—	

Таким образом, кровь группы В(Ш) чаще других имела высокий титр агглютинина; высокий титр сыворотки среди лиц группы А(П) встречался несколько реже. В группе 0(1) титр агглютинина *а* большей частью выше титра?. В одном случае 0(1) группы (у сестры В.) титр *а* оказался равным 1 : 160, а ? — 1 : 2. Это обстоятельство имело для нас практическое значение при подборе крови разных групп для изготовления сыворотки. Легче удавалось подобрать доноров В(Ш) и А(П) группы, несколько труднее—доноров 0(1) группы с подходящим титром агглютинина ?. У трех из отобранных лиц 0(1), А(П) и В(Ш) группы брали по 200—300 см^3 крови в сосуды без всяких стабилизаторов. Кровь оставляли на сутки, а на следующий день сыворотку сливали и до разливания в ампулы повторно проверяли. Так как титр сыворотки у доноров определялся еще до взятия крови, мы получали сразу во всех случаях вполне пригодную сыворотку. Брака не было. Это чрезвычайно важно, так как обычно в специальных сывороточных лабораториях бракуется более половины крови, предназначенной для изготовления стандартной сыворотци. Впрочем, в сывороточных лабораториях материалом для изготовления стандартной сыворотки является не донорская кровь, а утильная, большей частью ретроплацентарная, собираемая в родильных домах.

Полученную сыворотку мы консервировали 3% раствором борной кислоты. Ввиду спешной нужды в сыворотке на следующий же день вторично проверяли ее титрагглютинирующие свойства. Сыворотка всех трех групп оказалась пригодной, давала четкую и быстро наступающую специфическую агглютинацию. Однако, наряду со специфической агглютинацией со стандартными эритроцитами группы В(Ш), сыворотка А(П) группы стала давать агглютинацию со стандартными эритроцитами 0(1) и А{П) группы. Агглютинация в этих случаях наступала поздно (через 1 минуту) и имела вид мелкого пёска, в то время как специфическая агглютинация всех трех групп наступала быстро (через 6—10 секунд после размешивания сыворотки со стандартными эритроцитами), а агглютинационные зерна были крупными, яркокрасными, хорошо видимыми. Стало ясно, что мы имели дело с неспецифической агглютинацией. Причиной ее появления в данном случае было хранение сыворотки в подполье крестьянской хаты с настолько низкой температурой, что в некоторых бутылках сыворотка замерзла и бутылки лопнули. Появление неспецифической, так называемой пан-агглютинации в этих случаях общеизвестно. Сыворотка, которая сутки оставалась при комнатной температуре, паи-агглютинации больше не давала.

После проверки оставалось разлить сыворотку в ампулы и соответ-

ствующим образом оформить, но ампул не оказалось, и мы стали разливать сыворотку в видалевские пробирки.

Техника.разливки проста. В штатив вставляли стерильную воронку, на носик воронки надевали небольшую резиновую трубочку, в свободный конец которой вставляли глазную пипетку. Трубочку посередине перехватывали зажимом Мора. Действуя зажимом, мы из воронки разливали сыворотку в пробирки (по 4 см^3 в каждую), закрывали резиновыми пробочками и парафинировали. Пробирки вместе с пробками и прочую посуду предварительно стерилизовали в автоклаве.

На наклейках обозначали группу сыворотки, ее титр, номер серии, срок действия. Наклейки для А(П) группы отмечали дополнительно синими линиями, а для В(Ш) — красными. Изготовленную сыворотку после повторной проверки немедленно рассылали через М-ский ГОПЭП в госпитали и в некоторые МСБ и ПМП.

Техника изготовления стандартной сыворотки настолько проста, что лаборантка, ранее совершенно не знакомая с этим делом, в несколько дней овладела ею.

За Р/г месяца мы выпустили 6 серий сывороток в количестве 112 ампул. Для этого взяли у доноров 1 175 см^3 крови.

Сыворотка обычно хранится в бутылках, и перевозка ее связана с заботами об упаковке, предохранении от замерзания и пр. Таким образом, жидкая сыворотка весьма непортативна. Необходимо внедрить в практику сухие сыворотки, так как их удобнее хранить и транспортировать. Кроме того, для производства одного-двух определений групп крови обычно приходится открывать 3 ампулы, которые расходуются нерационально. Сухую же сыворотку можно в каждом случае взять лишь в нужном количестве.

Мы высушили три серии сывороток высокого титра. Все они после сушки вполне сохранили свой титр.

Способ сушки простой. На плоскую тарелку наливают примерно 20 см^3 сыворотки и оставляют на сутки при комнатной температуре. К следующему дню поверхность тарелки покрывается пленкой. Эту пленку соскабливают предметным стеклом и растирают в фарфоровой ступке. Получается сухая сыворотка в порошке. Из 100 см^3 сыворотки получается 6—10 г сухого порошка. Перед употреблением сухую сыворотку разводят в физиологическом растворе до исходного объема.

У нас была высушена третья серия сыворотки группы А(П). Из 20 см^3 получено 1,6 г сухого порошка. В четвертой серии группы В(Ш) высушено 20 см^3, получено 2,4 г сухого порошка. В первом случае мы при разведении сухого порошка брали на 1 см^3 физиологического раствора 0,8 г, а во втором случае 0,12 г порошка.

★

Майор мед. службы М. И. ГУСЕВ

ОПЫТ РАБОТ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ КУРИНОЙ СЛЕПОТОЙ В ВОЙСКАХ

Мероприятия по предупреждению авитаминозных заболеваний в войсках Ы-ской армии, проводившиеся в 1943—1944 гг., можно разделить на три группы.

Первая группа мероприятий была направлена на сохранение витаминов в основном пайке, выдаваемом военнослужащему по нормам приказа НКО.

Почти бесперебойное снабжение соединений и частей армии свежими овощами и хлебом из 95% ржаной муки без добавления примесей удовлетворяло потребности в витаминах С и Вь

Значительно хуже было с пищевыми -продуктами, содержащими витамин А, так как мясо и жиры часто заменялись консервами и шпигом и т. п.

Так как повара и лица, организующие контроль за питанием, не были осведомлены о свойствах витаминов, ббльшая часть последних терялась при хранении и кулинарной обработке пищевых продуктов. Для устранения этого недостатка в соединениях и частях армии созывались учебные сборы работников санитарной и продовольственной службы, а также заместителей командиров частей по политчасти. На сборах поваров, наряду с теоретическим обучением, проводились пробные варки пищи. При этом обращалось большое внимание на правильную кулинарную обработку продуктов и сохранение витаминов в приготовляемой пище.

Только в 1943 г. силами работников медицинской *и* интендантской службы армии проведено 18 сборов, на которых участвовало 168 врачей, 36 заместителей командиров частей по политработе и более 100 работников продовольственной службы.

Это мероприятие оказалось весьма эффективным, что неоднократно подтверждалось.при проверках питания в подразделениях.

Вторая группа мероприятий сводилась к использованию местных средств для обогащения пищи витаминами: изготовление хвойных настоев, сбор дикорастущих растений, приготовление жидких питьевых дрожжей. Эти- средства особенно широко применялись в 1943 г. и в начале 1944 г.

Если было сырье, то настой хвои в ряде соединений получал весь личный состав. Рядовому и сержантскому составу хвойный настой выдавали в обязательном порядке раз в сутки по одному стакану перед приемом пищи. Нужно отметить, что проведение этого мероприятия стоило больших усилий начальникам санитарной службы: настои получались горькие, и бойцы их пили неохотно[1]. Содержание аскорбиновой кислоты в настоях колебалось от 5 до 25 мг на стакан. А так как постоянного лабораторного контроля за изготовлением настоев в подразделениях не было, то ставилась под сомнение эффективность мероприятия.

Хвойные настои невозможно изготовлять во время наступательных операций. Кроме того, горькие настои не могут найти широкого применения. Их можно рекомендовать только как крайнюю меру при недостатке других средств для профилактической витаминизации пищи.

Жидкие питьевые дрожжи для раненых и больных, находившихся в МСБ и госпиталях, готовили в армейских ПАХ и дивизионных хлебопекарнях, а небольшое количество дрожжей выдавалось в подразделения переднего края. Дрожжи очень охотно пили бойцы и офицеры, однако перебои в снабжении белой мукой ограничивали приготовление их. В общем в месяц приготовляли не более 8 142 л[2].

По инициативе санитарной службы в весенне-летние?месяцы 1943 и 1944 гг. в войсках армии собирали и широко использовали в. пищу дикорастущие растения. Успех этого мероприятия объяснялся тем, что к выполнению его привлекали командование, работников продовольственной и санитарной службы.

По приказу Военного совета армии для сбора дикорастущей зелени в частях выделяли специальный наряд. Суточная норма использования собранной зелени определялась в 100—150 г на человека. По неполным данным, весной и летом 1944 г. в армии было собрано 216 т ди-

[1] При обработке хвои по методу НИИСИ Красной Армии можно добиться обезгорчивания хвойного настоя путем предварительного ошпаривания хвои. См. <Указания по профилактике авитаминозов в войсках» 1944 г. Ред.

* Жидкие дрожжи себя не оправдали, так как содержание витаминов комплекса В в них оказалось очень низким. Ред.

корастущей зелени, главным образом крапивы, щавеля и клевера. На основе опытных варок были разработаны и рекомендованы частям примерные меню-раскладки с обязательным включением в них зелени (преимущественно в первых блюдах).

Систематическое применение дикорастущей зелени помогло снизить количество авитаминозных заболеваний, улучшить вкусовые качества и внести разнообразие в приготовляемую пищу.

Третья группа мероприятий по профилактической витаминизации личного состава войск включает использование промышленных витаминных препаратов, принятых на снабжение в Красной Армии.

В армию поступали следующие витаминные препараты:

1. Концентрат витамина А с содержанием 100 000 ИЕ витамина **А** в 1 мл. Этот препарат вводили в первое блюдо перед раздачей пищи из расчета 1 мл на 40 человек.

Концентрат витамина А в форме драже бойцам выдавал фельдшер или санитарный инструктор раз в сутки вместе с пищей. Витамин А в форме драже применяли в тыловых подразделениях; на переднем крае этот препарат выдавали, когда не было жидкого концентрата витамина А.

2. Витамины В1 и С и поливитамин СВ1 в таблетках или драже выдавали личному составу частей, а также в госпиталях и МСБ для раненых и больных.

3. Рыбий (тресковый) или дельфиний жир применяли только для лечения больных куриной слепотой в виде внутримышечных инъекций (тресковый жир) или приемов внутрь.

По приказу начальника тыла Красной Армии работники санитарной службы . распределяли витаминсодержащие препараты и выдавали их всему личному составу. Данные о ежедневном расходе витаминов включали в меню-раскладку и отмечали в журналах снятия пробы пищи.

Из всей группы промышленных витаминных препаратов наиболее эффективным и удобным оказался концентрат витамина А. Возможность закладывать его непосредственно в котел перед раздачей пищи обеспечивала стопроцентный охват личного состава и бесперебойное проведение профилактической витаминизации не только во время обороны, но и в период наступательных операций.

Витаминные препараты в драже и таблетках требуют много времени для раздачи личному составу. При выдаче таблеток или драже на несколько дней бойцы их не хранят, а почти всегда съедают сразу. В период наступательных операций, ввиду занятости фельдшеров и санитарных инструкторов, профилактическая витаминизация препаратами в таблетках или драже прекращается вовсе или проводится нерегулярно.

Поэтому медицинские работники войскового района стремились препараты в драже и в таблетках закладывать в котел по аналогии с концентратом витамина А.

Лечение больных куриной слепотой методом троекратных инъекций трескового жира не получило широкого распространения. Инфильтраты после инъекции были болезненны, медленно рассасывались и ограничивали боеспособность людей.

Для лечения больных куриной слепотой использовали, концентрат витамина А, который выдавали 2 раза в день по 2—3 капли на чайную ложку рыбьего жира или жира, снятого с первого блюда. При таком способе лечения сумеречное зрение восстанавливалось через 3—5 дней.

Регулярное получение витаминных препаратов позволило проводить массовую профилактическую витаминизацию личного состава, снизившую заболеваемость авитаминозами и особенно куриной слепотой.

С марта по май 1943 г. отмечается рост заболеваемости куриной

слепотой. В этот период препаратов витамина А в армии не было. Применение рыбьего жира для лечения заболевших не снизило абсолютных цифр заболеваемости: вместо десятков вылеченных больных появлялось еще больше новых. Только со второй половины мая в частях начали сбор и массовое, потребление дикорастущих растений. В результате заболеваемость куриной слепотой в июне по сравнению с маем уменьшилась в 77 раз, а дальнейшие заболевания прекратились.

Подъем заболеваемости гемералопией в июле 1943 г. объясняется тем, что соединения левого фланга армии перешли в наступление и прекратили сбор и использование дикорастущих растений.

Части же правого фланга, занимавшие оборону и не прекращавшие сбора дикорастущей зелени, совсем не имели больных куриной слепотой.

В августе 1943 г. 92,5°/о1 больных поступили из пополнения. К этому времени относится получение концентрата витамина А и начало массовой витаминизации личного состава, которая проводилась беспрерывно в 1944 г. >

В 1944 г. заболеваемость куриной слепотой по сравнению с поедыдущим годом уменьшилась на 94,8%. В весенние месяцы 1944 г. 56,3.% больных поступили из вновь прибывших пополнений. Единичные больные куриной слепотой в течение всего времени поступали из мелких подразделений, где не было медицинских работников и профилактическая витаминизация проводилась нерегулярно. Больные из пополнения, прибывшего в запасный полк, направлялись в действующие части только после излечения. В 1943 г. в войсках армии зарегистрировано 414 случаев гиповитаминоза С, а в 1944 г.—всего лишь 120 случаев. Следует отметить, что при диагностике гиповитаминоза С допускались неточности. В эту группу заболеваний нередко включали больных с воспалительными процессами неавитаминозного происхождения, что неоднократно подтверждалось при проверках в частях.

Больных цынгой в армии не было. Это объясняется почти бесперебойным снабжением войск картофелем, периодическим и широким использованием естественных витаминоносителей, а в 1944 г. почти беспрерывным проведением профилактической витаминизации промышленными препаратами витамина С.

Выводы

1. Удовлетворительное снабжение армии пищевыми продуктами, содержащими в своем составе витамины С и Вь предупредило распространение в войсках заболеваний авитаминозами этой группы.

2. В связи с частой 'заменой основных пищевых продуктов, содержащих в своем составе витамин А, другими продуктами, менее богатыми этим витамином, в 1943 г. был отмечен рост заболеваемости куриной слепотой.

3. Сохранению витаминов в основном пайке содействует ознакомление поваров и лиц, осуществляющих контроль за питанием, с теорией и практикой витаминизации личного состава соединения (проведение специальных сборов).

4. Наиболее эффективными и удобными для использования при массовой профилактической витаминизации являются промышленные витаминные препараты и естественные витаминоноси'гели, которые могут бьчь заложены в котел перед раздачей пищи (концентрат витамина А, ' дикорастущие растения).

5. Прочие средства, применяемые для профилактической витаминизации (хвойные настои, витаминные препараты в драже и таблетках), трудно использовать в период наступательных операций. Хвойные настои, имеющие горький вкус, бойцы употребляют весьма неохотно, по

этому их можно рекомендовать как крайнюю меру при отсутствии других витаминсодержащих препаратов.

6. В результате систематического проведения массовой профилактической витаминизации промышленными витаминными препаратами в 1944 т. авитаминозных заболеваний в войсках армии не было. Единичные заболевания регистрировались в пополнениях или мелких подразделениях, в которых из-за отсутствия медицинских работников витаминизация проводилась нерегулярно.

-★

Полковник мед. службы П. П. САКСОНОВ

К ТОКСИКОЛОГИИ БЕЛОГО СТРЕПТОЦИДА

Сульфаниламидные препараты завоевали себе прочное место в арсенале медикаментозной терапии.

(Клиницисты, фармакологи, микробиологи и химики продолжают изучать и синтезировать препараты этой группы, стремясь получить такие, которые обладали бы паразитотропным действием на микроорганизмы и не были токсичными для человека. В этом направлении сделана большая работа. -Достаточно сказать, что уже в 1936 г. было синтезировано и частично испробовано около 8 000 сульфаниламидных препаратов.

Сейчас имеется довольно большая отечественная и зарубежная литература клинического и экспериментального характера о сульфаниламидных препаратах, но вопрос токсикологии их освещен еще недостаточно. Существуют два противоположных мнения: одни утверждают, что сульфаниламидные препараты совершенно не токсичны; другие, наоборот, считают их токсичными для человека (Колебрук, Домак, Фронштейн и др.). Это побуждает нас опубликовать собственные наблюдения над токсичностью белого стрептоцида.

Первое высказывание о токсичности белого стрептоцида для людей принадлежит Колебруку (1936). В 1937 г. появились работы, утверждавшие, что сульфаниламидные препараты обладают некоторой токсичностью. Особенно ценные данные были представлены клиницистами. В 1940 г. Ганг и Блисс со своими сотрудниками писали о побочных действиях сульфаниламидных препаратов. В последнее время как в нашей, так и в иностранной литературе все чаще появляются сообщения о побочных действиях сульфаниламидов (Капина, Юсупов, Самаркин, Россиянская, Русанов, Дембо, 'Матусов, Хагеман, Блок и др.). В циркулярном письме Комитета по химиотерапевтическим препаратам Национального исследовательского института США от 8.П.1941 г. имеется предупреждение о возможности довольно разнообразных осложнений при лечении белым стрептоцидом — от явлений головокружения до психозов. Некоторые авторы упоминают о повышенной индивидуальной чувствительности к сульфаниламидным препаратам одних и нечувствительности других. Так, Фронштейн приводит случай интоксикации больного после приема незначительного количества белого стрептоцида. В другом случае больной ошибочно принял 25 г препарата без каких-либо явлений отравления и вредных последствий. '

Мы наблюдали '5 случаев отравления белым стрептоцидом, краткое описание которых приводим ниже.

1. Г., 24 лет, фельдшер. Спустя 2 часа после полового сношения со случайной женщиной, в 11 часов вечера 19.1.1942 г. принял с профилактической целью о г белого стрептоцида. В 12 часов ночи лег спать. Спал плохо, снились Кошмарные сны, проснулся в поту в 4 часа утра 20.1 и больше уснуть не мог; принял

снова 5 г стрептоцида. В 10 часов утра выпил стакан молока. На работе почувствовал общую слабость, головные боли, одышку и резкую раздражительность. В 12 часов дня принял еще 8 г стрептоцида. Через 30—40 минут появились резкие боли в животе, тошнота, одышка; потерял сознание. В 13 часов сосед по комнате застал больного в бессознательном состоянии, с резко выраженным цианозом, хриплым дыханием и судорожным сведением конечностей. Больного доставили в госпиталь. В госпитале наблюдался резкий циа|ноз, редкое и глубокое Дыхание, расширенные зрачки вяло реагировали на свет, зубы сжаты, верхние и нижние конечности судорожно сведены. Кожа влажная. Пульс 86 ударов в минуту, тоны сердца глухи. Температура 38,5°, бессознательное состояние. В кармане брюк обнаружен пакет с белым стрептоцидом. Сделано обильное промывание желудка, клизма; назначены камфора и лобелии под кожу. Ночью наблюдался бред.

21.1 сознание вернулось, наблюдался цианоз, температура 39,3°. Больной жаловался на головные боли, тошноту, боли в области желудка, отсутствие аппетита, ослабление слуха. Проводилась симптоматическая терапия, давалось обильное питье. Все симптомы отравления постепенно исчезли, и 25.1 больной выписан в хорошем состоянии.

2. А., 29 лет, врач. Страдал хроническими запорами. В 9 часов утра 7.1.1942 г. ошибочно вместо сернокислой магнезии принял около 35 г белого стрептоцида в половине стакана воды. В 12 часов дня 7.1 почувствовал резкий озноб и сильные боли в суставах, боли в животе, была двукратная рвота. Сделано промывание желудка, очистительная клизма, назначено обильное питье сладкого чая и диуретин. При обследовании со стороны сердца и легких патологических симптомов не обнаружено. Температура 39,6°. При пальпации резкая боль в области желудка. Со стороны центральной и периферической нервной системы невропатолог изменений не отметил. В 18 часов 7.1 был обморок; в 20 часов — температура 38,9°, боли в суставах усилились. 8.1 утром температура 38,7°. Больной жаловался на плохой сом, отсутствие аппетита, боли, в суставах. Отмечалась чрезмерная разговорчивость. Вечером температура 37,9°. Больной чувствовал себя удовлетворительно, жаловался на кожный зуд. Объективно на коже ничего не обнаружено, кроме небольших расчесов. Терапия симптоматическая.

9.1 утром и вечером температура нормальная. Самочувствие хорошее. Аппетит отсутствует, кожный зуд. 11.1 больной чувствует себя хорошо. Приступил к обычной работе.

3. И., 23 лет, работница столовой общественного питания. 23.1У.1942 г. обратилась с жалобами на затрудненное мочеиспускание и сильный кожный зуд. При подробном опросе выяснилось, что больная 20.1У приняла, чтобы прервать беременность, 20 г белого стрептоцида, продолжала ходить на работу, чувствовала себя хорошо, но с вечера 21.IV появилось затрудненное мочеиспускание и зудящая сыпь по всему телу.

При обследовании оказалось, что слизистая губ цианотична, по всему телу уртикарная сыпь и следы расчесов, температура 36,5°. Со стороны сердца, легких и внутренних органов отклонений от нормы нет. По заключению гинеколога беременность 6—7 недель. Обильное питье, симптоматическая терапия. 26.1У все явления исчезли.

4. М., 49 лет, фармацевт, работает в аптеке больницы. 17.1Х.1942 г. заболела фолликулярной ангиной. Лечилась дома, принимала белый стрептоцид по 7 г в сутки; с 17.1Х по 24.1Х приняла 56 г. 22.1Х температура нормальная, болей в зеве нет, но больная продолжала принимать стрептоцид еще 2 дня. 24.1Х температура 39,9°, резкий цианоз, затрудненное дыхание, бред. Зрачки расширены. В зеве отмечается незначительная гиперемия слизистой. Назначены симптоматическая терапия, обильное питье. 25.1Х и 26.1Х температура в пределах 37,6—38,2°. Сознание нормальное, незначительный цианоз. 30.1Х больная приступила к обычной работе.

5. А., 51 года, слесарь. 2.1Х.1942 г. заболел ангиной. Температура 37,8°. В 18 часов по назначению лечащего врача принял! 0,3 г белого стрептоцида. Через час появились сильные головные боли, сильнейший зуд, резкие боли в области желудка, рвота, озноб, температура 39,8°. Сознание полное. Ночью плохо спал.

3.1 Х к вечеру' указанные явления стихли. Лечащий врач отменил стрептоцид.

Приведенные данные можно резюмировать следующим образом:

1. При приеме больших доз белого стрептоцида наблюдается отравление с разнообразными симптомами, из которых трудно выделить какие-либо специфические для отравления стрептоцидом.

2. Несмотря на бурную картину отравления, своевременно принятые меры к выведению стрептоцида из организма дают быстрый и хороший эффект и полное выздоровление без осложнений.

3. Последний случай отравления представляет, вероятно, идиосинкразию к белому стрептоциду.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абезгауз А. М. и Пескова Т. К.. Сборник материалов и статей санотдела М-ской армии, № 6, 1943.
2. А з б е л ь А. М., Сборник материалов и статей санотдела М-ской армии, № 3, 1944.
3. Аликишибеков М. М., Советская медицина,' № 2, 1940.
4. А р ь е в М. Я-, Труды второго совещания терапевтов Волховского фронта, 1942.
5. Б а н а й т и с С. И., Достижения и перспективы развития военно-полевой хирургии, 1944.
6. Б а н а й т и с С. И., Фармакология и токсикология, т. VI, № 3, 1943.
7. Б и р ю ч и н с к а я А. С., Советское здравоохранение Узбекистана, № 6, 1939.
8. Бородкина Л. В., Фармакология и токсикология, т. VI, № 3, 1943.
9. Гельштейн Э. М., Терапевтический архив, № 3, 1936.
10. Гельштейн Э. М., Труды первой научной конференции терапевтов Леи-фронта, 1942.
11. Дембо А. Г., Сборник научных работ санотдела М-ской армии, 1943.
12. Дуб С. Л., Советская медицина, № 3, 1940.
13. Ефимов Н. И., Фармакология и токсикология, ту VI, № 1, 1943.
14. Зиг л ин г Л. В., Сборник материалов и статей М-ской армии, № 3, 1942.
15. Капина С. Х., Советское здравоохранение Узбекистана, № 6, 1939.
16. КартамышевА. И. и Эгбергер А. Ф., Советское здравоохранение Узбекистана, № 6, 1939.
17. Ковтурман Н. С. и Румянцев Г. Д., Советская медицина, № 2, 1940.
18. К о г а н - А б'е з г а у з Р. М., Труды эвакогоспиталей ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 8, 1943.
19. Козлова А. А., Сборник научных работ М-ской армии, 1943.
20. Л а,з а р е в Н. В. и Ронинсон М. Б., Очерки по формакологии сульфамидных соединений и их применение в медцине, Воеимориздат, 1945.
21. Малышева Е. Н., Госпитальное дело, № 4—5, 1944.
22. М а т у с о в П. М., Сборник научных работ Московского коммунистического военного госпиталя, 1943.
23. Матусов П. М., Военно-санитарное дело, № 5, 1940.
24. Писарева 3. К., Сборник научных работ М-ской армии, 1943.
25. Полякова М. Л., Сборник материалов и статей М-ской армии, № 3, 1942.
26. П о л я к о в Н. Г., Характеристика некоторых американских сульфонамидных препаратов, 1945.
27. Пре б стин г В. Н., Советская хирургия, № 2, 1936.
28. Резников А., Военно-санитарное дело, № 2—3, 1940.
29. Р о с с и я н с к а я Э. Л., Вестник венерологии и дерматологии, № 1, 1941.
30. Рунова М. Ф., Фармакология и токсикология, т. VI, № 5, 1943.
31. Русанов Г. А., Советская медицина, № 2, 1940.
32. С а м а р и н Н. Н. и Самарина О. К., Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50, № 1, 1942.
33. С и б и р к и н а Н. В., Сборник научных работ института за год Отечественной войны (ГИДУВ), Ленинград, 1942.
34. С к у ч а е в А. Г., Советское здравоохранение Туркменистана, № 4—5, 1940.
35. С о л о в о в П. Д. и П ребстинг В. Н., Стрептоцид, 1939.
36. Степанов А. С., Сборник материалов и статей М-ской армии, .№ 3, 1942.
37. «Стрептоцид», Вохимфарм, Москва, 1937.
38. Сычев В. В., Сборник материалов и статей М-ской армии, № 5, 1943.
39. Титов К. Г., Советская медицина, № 3, 1940.
40. Файн А. Э., Вестник венерологии и дерматологии, № 1, 1941.
41. Фронштейн Р. М., Советское здравоохранение Узбекистана, № 1, 1938.
42. Чесноков П. Н., Советское здравоохранение Узбекистана, № 1, 1939.
43. Юдин С. С., О лечении военных ран препаратами сульфамидов, Медгиз, 1941.
44. Юсупов И. А., Советское здравоохранение Узбекистана, № 6, 1939.

★

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Полковник мед. службы, канд. мед. наук Д. И. ДРОЗДОВ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВО ВРЕМЯ НАСТУПАТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ Ы-СКОЙ АРМИИ

Наступательные операции М-ской армии в 'Манчжурии развивались очень быстрыми темпами. Механизированные части и стрелковые соединения преодолели обширные степные, безводные пространства, форсировали Хинганский хребет и вышли на оперативный простор южной Манчжурии.

При наступательной боевой операции и боях на путях коммуникаций обращает на себя внимание большой удельный вес различных травм, связанных с эксплоатацией автотранспорта.

На боевые поражения приходится 60% всех санитарных потерь, на остальные повреждения — 40%. Последние связаны со случайными ранениями и травмами вследствие автомобильных катастроф, наездов машин и т. д.

Пулевые ранения представляют основную массу боевых поражений — 92% всех ранений; на осколочные ранения приходится 8%. Это объясняется тем, что противник применял на этом участке боевых операций в основном ружейно-пулеметный огонь. Естественные условия горной местности способствовали применению засад, снайперских групп и внезапных нападений отдельных банд на пути коммуникаций.

Локализация ранений: голова и шея — 10%, грудная клетка — 20%, живот — 1,9%, верхние конечности — 26%, нижние конечности — 37,5%, прочие части тела — 4,8%. Отмечался большой процент проникающих полостных ранений: череп—проникающие 60%, непроникающие 40%; грудь — проникающие 47%, непроникающие 53»%; живот — проникающие 50%, непроникающие 50%.

Травмы конечностей часто сопровождались повреждением костей: травмы верхней конечности с повреждением костей — 52%, без повреждения костей — 48%; травмы нижней конечности с повреждением костей — 36%, без повреждения костей — 64%.

Смертность в армейском районе составляла 10% к общему числу раненых.

Смертельные исходы при тяжелых огнестрельных ранениях распределялись следующим образом: при проникающих ранениях грудной полости — 5%, при проникающих ранениях живота —50%, при ранениях бедра с повреждением костей — 5%.

Вследствие быстрых наступательных боевых действий 'МСБ соединений находились также все время в движении, порой несколько отставая от своих дивизий. Поэтому объем оперативной хирургической помощи в войсковом районе был несколько сужен и оперативные вмешательства производились только по неотложным показаниям. Основная хирургическая помощь лежала на ХППГ первой линии, выдвигавшихся на линию тылов дивизий и принимавших в основном хирургически не обработанных раненых.

Таким образом, две трети всех раненых получили первичную хирургическую обработку в ХППГ, где всех раненых оперировали и нуждающихся в этом иммобилизовали глухими гипсовыми повязками.

При оперативных вмешательствах преобладали ингаляционный наркоз — хлорэтил-эфирный или чисто эфирный.

Об объеме хирургической помощи и видах оперативного вмешательства в ХППГ первой линии дает представление следующая таблица.

Наименование лечебных учреждений	Первичная обработка ранений конечностей	Полостные операции	Первичные транспортное ампутации	Методы иммобилизации	
				шины	гипс
	Гв процентах)				
И-ский ХППГ . . .	31,5	47	1,5	17,6	82,4
• • • • •	74	26	—	68	32
а ■ .••	75,4	5,6	19		100
• • • • •	41,6	56,3	2,1		100

В число транспортных ампутаций произведенных в Ы-ском ХППГ, включены ампутации пальцев кисти и стопы после осколочных ранений.

Доставка консервированной крови самолетами из фронтовой базы переливания крови началась на 3-й день боевой операции и происходила бесперебойно.

Армейский ОПК и база переливания крови сразу же были выдвинуты на линию передовых ХППГ. Оттуда МСБ и ХППГ первой линии снабжались консервированной кровью. Большое распространение имела кровозамещающая жидкость Петрова и сухая плазма ,в ампулах, которыми до начала боевых операций были снабжены (все лечебные учреждения.

При развитии быстро протекавшей наступательной операции появилась необходимость частой передислокации ОПК вместе с базой переливания крови. Армейские ОПК и база переливания крови последовательно передвигались вперед и держались все время в пределах расположения ХППГ первой линии, обеспечивавшего боевую операцию соединения. Последовательное поэтапное передвижение ОПК к ХППГ первой линии дало возможность подавать в 'МСБ консервированную кровь с небольшими сроками хранения.

С помощью самолетов удалось снабдить консервированной кровью также и действующие ХППГ, несмотря на значительную протяженность путей эвакуации, доходившую до 700 км. Широко применялись кровозамещающие жидкости.

Таким образом, в период наступательной операции М-ской армии в Манчжурии свыше 50% раненых в армейском районе и свыше 30% раненых в войсковом районе получили переливание крови и кровозамещающих жидкостей. Маневрирование медицинскими силами и средствами позволило обеспечить лечебными мероприятиями всех раненых и больных.

★

Полковник мед. службы В. П. **БАРСУКОВ**

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ВО 2-Й ГВАРДЕЙСКОЙ АРМИИ В 1942—1945 гг.

2-я Гвардейская армия, сформированная осенью 1942 г., прошла славный боевой путь от Сталинграда до Кенигсберга. На протяжении этого пути санитарная служба армии оказала медицинскую помощь большому количеству раненых и больных, требовавших специализированного лечения.

Во время зимних боев 1942/43 г., закончившихся разгромом котельниковской группировки врага, армейская санитарная служба не имела в своем составе ОРМУ, а следовательно, специалистов и рентгеновской аппаратуры. ОРМУ армия получила к весне 1943 г., и во время последующих наступательных операций мы уже развертывали специализированные госпитали, в которых оказывали медицинскую помощь раненным в череп, лицо, тлаза, шею, позвоночник.

Общее количество раненых, требовавших специализированной помощи, во время отдельных боевых операций армии приведено в следующей таблице.

Наименование ранения	Миус	Крым	Литва	Восточная Пруссия
Ранения черепа:				
с повреждением кости	I/	2.8	3,5	4,29
без повреждения кости	4,6	4,3	4,5	5,71
Всего ранений в череп . . .	6	7,1	8	10
Ранения лица:				
с повреждением челюстей	10,7	1,45	1,52	1,35
без повреждения челюстей	3,2	3,5	3,3	. 5,2
Всего ранений лица	13,9	4,95	4,82	6,55
Ранения глаз	0,7	1.3	1,2	1,2
Ранения шеи:				
прони ающие	0,26	0,33	0,3	0.99
непроникающие	2,2	3,5	3,3	2,3
Всего ранений шеи	2,46	3,83	3,6	3,29
Ранения позвоночника:				
проникающие	0,2	0,4	0,4	о.в
непроникающие	0,8	0,5	1	1
Всего ранений позвоночника .	1	0,9	1,4	1,6

Ранения черепа. Общее количество раненных в череп за **все** боевые действия армии вариировало в пределах от 6 до 10,1% к общему количеству раненых, а с проникающими ранениями черепа — от 1,4 до 4,29%.

'Медицинская помощь этой категории раненых в МСБ заключалась в туалете раны и удалении поверхностно лежащих осколков; для предупреждения развития инфекций раны присыпали сульфидином.

После этого транспортабельных раненных в череп эвакуировали в специализированный госпиталь. При определении транспортабельности принималось во внимание общее состояние раненого: сохранение сознания, частота пульса, число дыхательных движений в минуту и их глубина, наличие или отсутствие глотательного рефлекса (проба с питьевой водой). При жизненных показаниях делали операцию и в МСБ. Оперированных госпитализировали на сроки до 3 недель. Основным показанием к оперативному вмешательству в МСБ являлось кровотечение (внутреннее или наружное).

За все боевые действия армии процент оперативных вмешательств в МСБ к общему количеству раненных в череп с повреждением костей колебался от 5,8 до 10. В восточнопрусскую операцию в МСБ оперировано 7,%.

Место производства онерации	П оцеит онерированных раненных в черен			
	Миус	Крым	Литва	Восточная Пруссия
МСБ.....	10	5,8	6,4	7
Госнитали.....	57	41,2	65,5	66,5
Всего ...	67	47	71,9	73,5

В основном операции при ранениях в череп с повреждением костей делались в (специализированных госпиталях, причем нейрохирургией занимались не только врачи нейрохирургических групп ОРМУ, но **и** высококвалифицированные ведущие хирурги специализированных госпиталей. ,

Своевременное поступление раненых в специализированный госпиталь является одним из важнейших элементов, определяющих успех медицинской помощи.

Многоэтапность, наблюдавшаяся раньше и пагубно отражающаяся на лечебном процессе, в период восточнопрусской операции была сведена к минимуму. Введение ежедневного медицинского учета раненых позволило следить за эвакуацией по назначению и своевременно реагировать на недостатки в этом деле.

Если при миусской операции в пределах данного эвакопункта эвакуировались 57% общего количества раненных в череп с повреждением костей, то при литовской операции этот процент был повышен до 65,8, а при восточнопрусской — до 66,5. На особом месте стоит эвакуация во время крымской операции, где процент межгоспитальных перевозок раненных в череп составлял 41,2. Такой низкий процент объясняется приближением госпиталей к войсковому району и отсутствием дальнейшей эвакуации. Госпитали фронта тогда принимали всех раненых на месте их нахождения, предоставляя возможность госпиталям армии переезжать в новый район базирования армии.

Сравнительно высокий процент межгоспитальных перевозок в период восточнопрусской операции объясняется тем, что в основной массе эвакуация по назначению из !МСБ производилась транспортом армейской автосанроты, имевшей большое количество машин, оборудованных для подъема 6 лежачих и 4 сидячих раненых. Кроме того, по распоряжению начальника тыла фронта, в период боевых действий придавалось 15 машин из армейского транспорта. В этот же процент

межгоспитальных перевозок включены нетранспортабельные раненые, переданные на месте.

‘ До восточнопрусской операции мы придерживались правила не спешить с хирургическими вмешательствами, так как по опыту первой мировой войны считалось, что устойчивость мозговой ткани к инфекции выше, чем остальных тканей, и сроки, обычно принятые для остальных ранений, в этом случае могут быть увеличены.

В восточнопрусскую операцию мы, по указанию проф. Гольмана, стали требовать производства операций при черепных ранениях в сроки, общие для прочих полостных ранений. Охват хирургической помощью при черепных ранениях во время этой операции в госпиталях составлял 66,5%, в то время как в прошедшие операции он колебался от 41,2 до 65,5%. В войсковом и армейском районе оперировано 73,5% общего количества раненных в череп. В наиболее ранние сроки операции производились именно во время восточнопрусской боевой операции. В период боевых действий в Крыму раненных в череп оперировали в специализированном госпитале на 2—3—4-е сутки, а во время восточнопрусской операции большинство первичных оперативных вмешательств, произведено в первые или вторые сутки.

Сроки онеративного вмешательства	Литва	Восточная Пруссия
	(в процентах)	
До 12 часов . . •.....	1,0	8.5
1-е сутки	8,8	39,3
2-е	37,9	в 43,7
3-и	34,9	5.1
4-е	9.4	1,7
5-е -	8,0	1,7

Послеоперационная смертность во время восточнопрусской боевой операции равнялась 20%, в то время как в миусскую — 22% и в литовскую — 20,8%, причем объем оперативной помощи во время восточнопрусской боевой операции при ранениях черепа доходил до 73,5%.

Раненые, поступавшие в специализированный госпиталь, проходили неврологическое обследование и рентгенографию, и только после этого им делали операцию.

Осложнений при ранениях черепа в период восточнопрусской операции было значительно меньше, чем при литовской. Абсцессы мозга во время литовской операции наблюдались в 2,5%, менинго-энцефалит в 10,5% случаев, а во время восточнопрусской абсцессы мозга — только в 0,3% и менинго-энцефалит — в 4,4% случаев. Таким образом, ярко сказались результаты своевременного хирургического вмешательства.

Место лечения раненых	Общая смертн' сть при ранениях че еча (в %)			
	Миус	Крым	Литва	Восточная Пруссия
МСБ. . .	15	13	12,2	15
Госпитали	33	24,7	21.3	22,7
Всего ...	48	37,7	33,5	37,7

Общая смертность при ранениях черепа в период восточнопрусской операции составила 37,7% и не особенно отличалась от смертности во

©ремя литовской и крымской операций; в миусскую операцию она была значительно выше и доходила но 48%. Это объясняется запоздалым хирургическим вмешательством в связи с отдаленным расположением специализированных госпиталей.

Кажущееся отсутствие снижения смертности в период восточнопрусской операции объясняется тем, что при хорошей организации выноса с поля боя раненые, прежде там и погибавшие, во время восточнопрусской операции доставлялись на этапы санитарной эвакуации. Этим объясняется также и больший процент черепных ранений.

Ранения лица наблюдались в 3,27—6,55,% случаев всех ранений. Раненным в лицо с повреждением челюстей делали в МСБ туалет ран, удаляли поверхностно лежавшие инородные тела, накладывали временную иммобилизацию и организовывали питание. После этих сравнительно несложных мероприятий раненых эвакуировали в специализированные ХППГ.

Во время восточнопрусской боевой операции хирургическую помошь получило 95,6% раненых этой категории, т. е. почти столько же, сколько и в предыдущих боевых операциях.

Ранения лица

Место лечения раненых	Миус	Крым	Литва	Восточная Пруссия
Объем оперативных вмешательств (в %)				
МСБ	2	4,5	13,8	20,7
-Госпитали	92,1	68.2	82,8	74,9
Всего ...	94,1	, 72,7	96,6	95,6
Смертность (в %)				
МСБ.....	7,6	—-	3,6	2,8
Госпитали	6,4	8,2	2,8	2,2
Всего ...	14,0	8,2	6,4	5,0

Организация лечения и эвакуации челюстно-лицевых раненых в йрмии непрерывно улучшалась, в результате чего из года в год улучшались и медицинские показатели.

Из общего количества раненных в лицо (без повреждения костей! возвращено в строй по миусской боевой операции 48%, крымской — 48%, литовской — 52% и восточнопрусской — 54%.

В результате непрерывного улучшения качества хирургической помощи челюстно-лицевым раненым уменьшался и процент смертности.

Резкое снижение процента послеоперационной смертности объясняется прежде всего тем, что мы отказались от поздних хирургических операций при воспалительных явлениях, так как такие операции увеличивали процент осложнений. Из осложнений при ранениях челюстей наиболее часто встречались аспирационная пневмония, септицемия, флегмоны. Как показал опыт, ускорив хирургическое вмешательство, можно эти осложнения предупредить.

Ранения глаз по нашей армии наблюдались в 0,7—1,3% случаев всех ранений. Этим раненым в ’МСБ делали туалет раны и эвакуировали в специализированный ХППГ, в котором оказывалась офтальмологическая помощь в нужном объеме.

Параллельно увеличению процента возвращения в строй (с 17% — Миус до 40% — Восточная Пруссия) непрерывно уменьшалась и смертность среди этой группы раненых: с 2,3°/о до полной ликвидации ее вси. время восточнопрусской операции.

Ранения глаз

	Миус	Кры»	Литва	Восточная Пруссия
Возвращено в строй.....	17	22,7	23	40
Умерло	2,3	2,1	1,0	0

Эти основные показатели свидетельствуют об улучшении организации специализированной помощи раненным в глаза.

Ранения шеи в нашей армии составляли от 0,26 до 0,99%, причем наибольший процент мы имели во время восточнопрусской операции (0,99%). Это еще раз свидетельствует о быстром выносе с поля боя тяжело раненых и быстрой доставке их на этапы санитарной эвакуации.

Проникающие ранения шеи относятся к числу тяжелых, так как часто сопровождаются повреждением важных для жизни органов.

Смертность при ранениях шеи (проникающих): в Миусе—18,7%, в Крыму—14,6%, в Литве—16,4%, в Восточной Пруссии — 4%. Таким образом, смертность при ранениях шеи колебалась от 4 до 18,7%, причем наибольшая смертность была во время миусской боевой операции и наименьшая во время восточнопрусской. Хирургическая помощь оказана немного более чем 50% раненых, послеоперационная смертность уменьшалась параллельно с улучшением специализированной помощи: во время боевой операции в 'Миусе она равнялась 16,6%, в Крыму—18,1%, в Литве—15,5%, в Восточной Пруссии — 6,4%.

На основании опыта организации специализированной помощи в процессе лечебно-эвакуационного обеспечения армии можно сказать, что эта помощь будет эффективной только в том случае, если: а) своевременно выносят раненых с поля боя; б) своевременно эвакуируют **их** по назначению; в) строго выдержана система этапного лечения; **г)** имеются врачи-специалисты по узким медицинским специальностям; д) своевременная диагностика и оказываемая медицинская помощь **и** е) хорошо организован послеоперационный уход.

★

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Майор мед. службы И. Т. БАЯНДИН

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕПАТРИИРОВАННЫХ И ВОЕННОПЛЕННЫХ

Войска 2-го Белорусского фронта, наступавшие сначала на территории Польши, а затем Восточной Пруссии, в ходе наступления освобождали из немецкой неволи «много советских граждан. В большинстве случаев эти люди были угнаны немцами из оккупированных ими областей СССР и работали или в хозяйствах помещиков и богатых фермеров, или находились в так называемых «трудовых» лагерях. Встречались также лагери военнопленных и концентрационные лагери.

В первые дни после прихода наших войск население этих лагерей, бежавшее из них в момент отступления немцев, скрывалось в соседних населенных пунктах и в лесах. Проходил некоторый срок, пока людей удавалось собрать, учесть и направить во фронтовой район на сборно-пересыльные пункты.

По тем же дорогам в тыл следовали в специальные лагери и колонны немецких военнопленных.

•Медицинское обслуживание этих категорий на различных этапах движения в тыл было далеко не равноценным. В армейском районе в период наступления невозможно было уделить достаточного внимания такому большому потоку людей.

Среди репатриированного советского населения особое место занимали освобожденные из еврейских лагерей. Все они находились в таком тяжелом состоянии, что требовали госпитализации.

Армейские противоэпидемические организации с обслуживанием репатриируемых и освобожденных военнопленных в первую половину наступательной операции явно не справлялись. Дело несколько улучшилось только к концу наступления, когда темп продвижения замедлился и на эту работу переключилась часть работников армейских СЭО.

Освобожденных из плена репатриируемых советских и польских граждан в пути следования выборочно опрашивали, чтобы установить, нет ли среди них больных, особенно сыпным тифом. Так как в этих группах заболеваний сыпным тифом не было, а равно не было и очагов сыпного тифа в тех районах, из которых люди следовали, можно было эти контингенты рассматривать как благополучные в эпидемиологическом отношении. Необходимо отметить, что контакт этих контингентов с проходящими войсками был крайне ограничен: войска быстро продвигались вперед.

Сборно-пересыльные пункты для военнопленных и репатриируемых развертывались медленно и сначала не имели ни нужного количества работников, особенно медицинских, ни санитарно-дезинфекционной аппаратуры. Только к концу первого этапа наступления пересыльные-пункты получили технику ОДР, а вслед затем приступили к постройке-своих собственных бань и примитивных дезинсекторов.

В это время на каждом сборно-пересыльном пункте для репатриированных советских граждан был начальник санитарной службы — фельдшер. В помощь ему привлекались медицинские работники (врачи,' медицинские сестры, акушерки) из репатриированных.

Пункты обеспечивались медикаментами сначала за счет госпиталей и из различных неучтенных трофеев и только позже стали снабжаться регулярно из фронтового медицинского склада. В каждом пункте к концу первого этапа наступления уже имелась санитарная часть, состоявшая из амбулатории, изолятора для инфекционных и стационара для терапевтических и хирургических больных.

Размещались репатриированные в бараках комнатной системы. Это позволяло им располагаться семьями. Далеко не всегда Жилищные * условия были одинаково удовлетворительными для всех.

В комнатах имелись койки или деревянные нары, соломенные матрацы, одеяла и необходимая мебель. На пунктах репатриированные советские граждане задерживались на различные сроки, но не меньше чем на 15 дней. Если кто-либо заболевал острой инфекционной болезнью, изолировали всех проживавших в комнате, а иногда и всех жильцов барака на тот или иной срок. Отъезд на родину или посылка на работы вне пункта разрешались только после истечения установленного срока.

Сначала жители сборно-пересыльных пунктов получали сухой паек индивидуально или на семью. Пищу они готовили сами. Это создавало ряд неудобств. Затем было введено котловое питание из общих кухонь и столовых. Санитарное состояние их постепенно улучшалось, чему способствовали периодические проверки и постоянное наблюдение со стороны работников СЭЛ и СЭО. 'Много внимания уделялось также водоснабжению и уборке территории.

Всех инфекционных больных, которые выявлялись на пунктах, госпитализировали в армейских или фронтовых инфекционных госпиталях. СЭЛ или СЭО обстоятельно проверяли причины возникновения каждой, даже незначительной, вспышки инфекции и проводили соответствующие противоэпидемические мероприятия.

Как уже говорилось, особенно тяжело было положение группы советских граждан еврейской национальности. Их немцы осудили на уничтожение или вымирание. Например, в одном из лагерей, в котором сначала находилось более 1 000 евреек, к приходу наших войск осталось только 54. Все остальные погибли от голода и непосильной работы. Из оставшихся в живых только одну можно было считать относительно здоровой; 53 человека настолько ослабли, что нуждались в постельном режиме.

Немецкие врачи перед уходом сделали всем женщинам «предохранительную прививку» под кожу средней части бедра. От чего эта прививка предохраняла, неизвестно. 443 месте укола развились абсцессы, которые после вскрытия оставляли медленно заживающие язвы. Кроме того, у большинства были отморожены руки и ноги, все болели чесоткой и пиодермией. Такое же положение было в других подобных лагерях. Сначала питание больных женщин, находившихся в еврейских лагерях, было организовано на месте из продуктов, которые польские власти собирали у населения, а медицинскую помощь оказывали медицинские работники ближайших воинских частей и учреждений. Лишь после того, как лагери оказались в районе фронтового тыла, все больных поместили в ближайшие фронтовые госпитали.

20—30% пленных немецких солдат, поступавших в то время во фронтовые лагери и на сборно-пересыльные'пункты, болели дизентерией и находились в стадии резкого истощения. Как показывают материалы обследования, заболевания среди немцев начались еще до пленения, главным образом в осажденных пунктах (Торн, Грауденц, Эльбинг, Мариенбург и т. д.). Тесный контакт больных со здоровыми, плохое питание и совершенно неудовлетворительные санитарные условия в этих пунктах во время осады их способствовали широкому и быстро-

му распространению дизентерии. Естественно, что заболевания продолжались и некоторое время после взятия немцев в плен.

Для ликвидации дизентерийных вспышек среди военнопленных проводились следующие мероприятия:

1. Во всех лагерях и тюрьмах были организованы изоляторы отдельно для явно дизентерийных больных и отдельно для больных поносами и дистрофиков. Всех больных изолировали в обязательном порядке. .

2. Широко проводились общесанитарные мероприятия (очистка территорий и отхожих мест, обезвреживание воды, мытье рук и посуды, улучшение жилищных условий и т. д.).

3. Были приняты меры к улучшению условий труда и питания. Для занятых физической работой была повышена норма отпуска продуктов.

4. Во всех лагерях проведена (однократно) специфическая профилактика таблетками бактериофага. В последующем бактериофаг получали только партии, отправляемые во внутренние районы СССР.

Осуществление этих мероприятий в первое время затруднялось равнодушием некоторых лиц из администрации лагерей. Только после указаний командования все мероприятия стали проводиться в полном объеме и быстро дали результаты. Примером успешности мероприятий может служить борьба с заболеваемостью в лагере Ц.

.Заболеваемость дизентерией и энтероколитами *
в лагере Ц.

Дата	Выявлено (в %)	
	дизентерия	энтероколиты
С 2711 по 2.111.....	**64**	**35**
. 3.Ш . 7.Ш	**15**	**16**
. 8.Ш . 12.111.....	**17**	**22**
. 13.111 . 17. Ш	**4**	**6**

*

Важное место во всей работе занимало санитарно-эпидемиологическое обеспечение партий, отправляемых во внутренние районы нашей страны. Советские граждане, как правило, отправлялись группами от 100 до 300 человек. Каждую группу сопровождал медицинский работник (чаще медицинская сестра) с небольшой походной аптечкой. Перед отправкой все члены группы проходили медицинский осмотр. Больных в эшелоны не допускали.

Из недостатков этой работы следует отметить плохую организацию питания в дороге (сухим пайком) и неравномерное распределение отъезжающих по вагонам (в зависимости от семейных, территориальных и других признаков). Военнопленных немцев, как правило, отправляли большими партиями от 1 000 до 2 000 человек.

Сначала санитарно-гигиенические требования при оборудовании эшелонов далеко не всегда выполнялись. Но в конце марта удалось добиться сдвига и в этом деле. Все эшелоны стали заранее обеспечивать нарами, печами, топливом на дорогу, примитивными уборными. Посадка производилась из расчета 40 человек на двуосный и 90 человек на четырехосный вагон. Подлежавшие отправке мылись в бане, белье их Дезинфицировалось. Дезинфицировались раствором хлорной извести и вагоны.

Каждый эшелон имел пишеварные котлы и запас продуктов на путь, следования. Предусматривалось приготовление горячей пищи 2 раза в день и достаточное количество кипяченой воды. В вагонах для хранения питьевой воды имелось по 2 ведра.

Эшелоны сопровождали фельдшеры, имевшие в своем распоряжении медикаменты, дезинфекционные средства, бактериофаг в достаточном количестве и отдельный вагон-изолятор. В помощь фельдшерам привлекались медицинские работники из среды военнопленных немцев (врачи и санитары).

В пути следования все эшелоны проверялись СКП, и мы не получили ни одного сигнала о серьезном эпидемиологическом неблагополучии движущихся с нашего фронта партий репатриируемых и военнопленных.

Таким образом, можно признать, что санитарная служба нашего, фронта с задачей санитарно-эпидемиологического обеспечения репатриированных советских граждан и военнопленных немцев, отправляемых во внутренние районы страны, успешно справилась.

★

Подполков ник мед. службы В. Н. КОВАЛЕНКО

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА АРМЕЙСКИХ ГРУНТОВЫХ ДОРОГАХ

Армейские грунтовые дороги являются чрезвычайно важным участком фронтовых коммуникаций. По этим дорогам движется весь армейский автотранспорт с грузами и порожняк, эвакуируются раненые, направляются на фронт маршевые колонны. Эти обстоятельства заставляли военно-медицинскую службу армии предъявлять строгие требования к сохранению санитарного благополучия на армейских дорогах, организовать постоянный медицинский контроль и наблюдение за населенными пунктами, расположенными вдоль дорог, и принимать меры для быстрой изоляции больных острыми инфекционными заболеваниями.

Противоэпидемические мероприятия на армейских дорогах строились с учетом: а) времени года, б) протяженности дороги, в) наличия жилого фонда и гражданского населения, г) интенсивности движения на. дороге.

Вся система мероприятий организационно была увязана с дорожной; службой армии, медицинские работники которой в основном и осуществляли все мероприятия. Военно-санитарная служба армии контролировала работу этих медицинских работников, оказывала им квалифицированную помощь, в частности, организовала консультации специалистов СЭО армии.

Контроль за санитарным состоянием прибывающих пополнений в основном осуществлял армейский санитарно-контрольный пункт (СКП), который размещался на армейской станции снабжения, т. е. в начала грунтоврй дороги. Начальник СКП имел в своем распоряжении изолятор для инфекционных больных, оборудованный средствами дорожно-комендантского района, сани,тарный пропускник, состоящий из бани пропускного типа на 20 человек и дезкамеры, запас сухих антипаразитарных средств, запас бактериофага и средства для хлорирования воды. Санитарный пропускник мог обслужить только небольшие маршевые команды. При поступлении большого числа людей на станцию снабжения подводили банно-дезинфекционный поезд, быстро обслуживавший все прибывшее пополнение. Если подать банно-дезинфекци-

юнный поезд не удавалось, на станцию снабжения направляли взвод (ОДР, который развертывал временный, но достаточно мощный санитарный пропускник. Кроме того, на станции снабжения находился первый (головной) санитарно-контрольный пункт (СКП) военно-автомобильной дороги (ВАД), организованный силами ее санитарной службы. Этот ■СКП знакомился с санитарным состоянием всех направляющихся на дорогу контингентов и сообщал санитарным учреждениям дороги, какие мероприятия необходимо провести.

Непрерывная санитарно-эпидемиологическая разведка всех населенных пунктов, расположенных вдоль армейской дороги, являлась одним .из основных противоэпидемических мероприятий. От полноты и своевременности разведки во многом зависел успех всех остальных мер. В среднем каждый населенный пункт обследовали один раз в 3—4 дня. В обследовании участвовали обычно военно-медицинские работники дорожной службы и врачи армейских госпиталей, расположенных на дороге или вблизи нее.

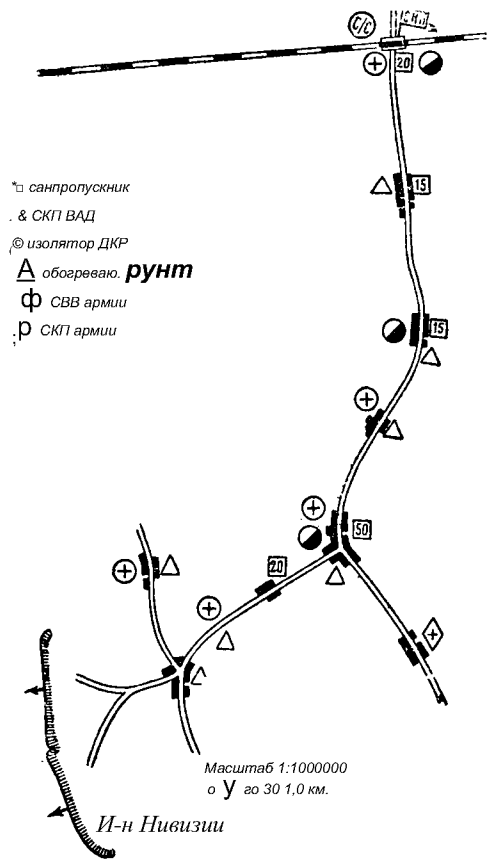


Рис. 1* Схема

Инфекционных больных госпитализировали или в гражданских больницах, или в специалы ных отделениях при армейском инфекционном госпитале (в зависимости от удобства транспортировки). Лица, окружающие' больных, проходили санитарную обработку, а на дом, в котором жил больной, накладывали карантин. Это позволило избегнуть вторичных контактов и предупредить распространение инфекции среди личного состава маршевых пополнений, направляемых на фронт.

Зимой основное внимание обращалось на организацию специальных домов ночлега и обогревательно-питательных пунктов. Опыт показал, что если этих учреждений нет или они малы, люди размещаются по домам у гражданского населения и подвергаются опасности заражения.

Дома ночлега устраивались в населенных пунктах примерно через 25—30 км друг от друга (схема 1). При каждом доме (в крайнем случае через один дом) создавался небольшой санпропускник или открывалась обычная крестьянская баня. Это позволяло проводить-санитарную обработку той части пополнения, которая не могла пройти ее на месте выгрузки из эшелонов. При некоторых домах ночлега были открыты специальные гостиницы для офицеров с койками, постельным бельем и пр. Питательные пункты ВАД также располагались при домах ночлега.

Через каждые 25—'50 км дороги были созданы изоляторы и медицинские пункты, обеспеченные медицинскими средствами. Здесь задерживали и изолировали всех температурящих и подозрительных на ин-

фекцию больных и направляли их в инфекционный госпиталь или; ТППГ.

Санитарно-контрольные пункты, расставленные на дороге черев определенные промежутки, контролировали санитарное состояние проходящих контингентов и при необходимости организовали санитарную обработку их.

Особое внимание уделялось водительскому составу автоколонны. Водители автомашин обычно надолго отрывались от своих войсковых частей и уходили из-под медико-санитарного контроля. Санитарно-контрольные пункты ВАД проверяли все проходящие машины. Если водитель не имел справки о прохождении санобработки в пункте выезда машины, его задерживали для санобработки в СКП. Одновременно ему указывали, где имеется ближайший дом ночлега, санпропускник и т. д.

Одновременно с контролем за военнослужащими большое внимание уделялось и санитарному состоянию гражданского населения, двигавшегося по дорогам. Движение это особенно усиливалось во время наступления, когда большие группы гражданского населения шли за частями Красной Армии в освобождаемые родные места. Позже к этому потоку прибавился встречный: это шли домой люди, освобожденные из немецкого рабства. В такие периоды населенные пункты, расположенные вдоль дороги, сильно переуплотнялись. Требовалось много внимания и заботы, чтобы предупредить возникновение вспышек инфекционных заболеваний. Обычно в места наибольшего скопления гражданского населения СЭО направлял специальные бригады работников, а командование выделяло отдельные населенные пункты для временного размещения. Здесь же, на обмывочных пунктах, развернутых силами ОДР и конно-банных отрядов, передвигающиеся проходили санитарную обработку.

Летом и осенью противоэпидемическая служба' принимала решительные меры для предупреждения возникновения вспышек дизентерийных заболеваний. Прежде всего приходилось думать о поддержании должной чистоты на дороге, в местах ночевок, а также об организации правильного водоснабжения. Колодцы, расположенные вдоль дороги и в прилежащих населенных пунктах, были снабжены крышками, а работники медицинской службы ВАД регулярно хлорировали воду в этих колодцах. Правильность и регулярность хлорирования водоисточников контролировали СЭО армий.

Медицинский состав всех санитарно-контрольных пунктов ВАД имел достаточный запас пантоцида и бактериофага. Серьезные меры принимались для улучшения санитарного состояния продовольственных складов и пищевых блоков дорожно-питательных пунктов ВАД, которые часто вместо горячей пищи выдавали сухой паек.

Все работники продовольственной службы ВАД периодически проходили обследование на бациллоносительство, а санитарное состояние продовольственных складов проверяли специалисты СЭО армии.

В проведении санитарно-профилактических мероприятий участвовали политработники Красной Армии, которые вели большую агитационно-массовую и разъяснительную работу как в войсках, так и среди гражданского населения. Особенно большую работу приходилось проводить среди гражданского населения, возвращавшегося из Германии.

Выводы

Санитарно-профилактическое обеспечение армейских грунтовых дорог — важный раздел противоэпидемической защиты войск. Мероприятия на армейских дорогах приобретают особое значение в период активных наступательных операций, когда по дорогам двигаются большие количества войсковых контингентов и гражданского населения.

★

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Действ, член Академии мед, наук СССР проф. И. Д. СТРАШУН

КУТУЗОВ И ЗАБОТА О РАНЕНЫХ В 1812 г.

В сентябре 1945 г. исполнилось 200 лет со дня рождения великого русского полководца Михаила Илларионовича Голенищева-Кутузова.

Строевую .службу Кутузов начал командиром роты в Астраханском полку, которым командовал Суворов. От Суворова Кутузов воспринял основные качества военачальника. Суворов в свою очередь питал исключительное доверие к Кутузову. В знаменитом суворовском штурме Измаила 11(22) декабря 1790 г. Кутузов принял участие на ответственном участке фронта в качестве начальника одной из колонн.

Суворов так оценил роль Кутузова в победе над Измаилом: «Он шел на моем левом фланге, но был моей правой рукой».

Кутузов глубоко усвоил содержание суворовской «науки побеждать» и прежде всего один из основных заветов: «Солдат дорог. Береги здоровье». От Суворова он унаследовал твердое убеждение, что главная сила русской армии — в ее солдате, что, проявляя заботу о солдате, завоевав его доверие и любовь, можно требовать от войск высшего напряжения на войне и побеждать в боях.

В связи с 200-летней годовщиной величавая личность Кутузова обрисована в нашей печати и специальной литературе с почти исчерпывающей полнотой. Но все же нельзя не добавить несколько черт, характеризующих его заботу о русском солдате в 1812 г. Когда читаешь пожелтевшие документы, относящиеся хотя бы к эвакуации раненых после Бородина и после оставления Москвы, Невольно испытываешь то волнение и тревогу, которыми был полон великий полководец. Несмотря на отданные им распоряжения, он не был спокоен за судьбу раненых. Он чутко ловит все сведения о движении их. Когда до Кутузова доходит, что в Коломне скопилось 3 000 -раненых без всякого присмотра и там образовалась пробка, он горько укоряет «господина генерал-кригс-комиссара» Татищева: «Мог ли я думать, чтобы ваше превосходительство оттуда удалились, не сделав вашего о сих несчастных распоряжения» {приказ от 12 сентября 1812 г., № 176).

Предписывая Татищеву «под личную ответственность перед государем императором распорядиться так, чтобы больные немедленно отправлены были водой в Елатьму или Касимов с преподанием всей помощи, какое положение их требует», Кутузов не ограничивается только этой бумагой. В тот же день он отправляет в Коломну майора Рудаковского с предписанием: «Желая как можно скорее подать облегчение сим несчастным и надеясь на вашу расторопность, предписываю, немедленно отправясь в Коломну, сим открытым листом от тамошнего земства требовать всех возможных пособий для сих больных и от тамошнего казначейства повелением у сего вам вручаемым денег на помощь им и поспешить первыми распоряжениями отыскать суда, пока от генерал-кригс-комиссара не пришлются на предмет сей особые чиновники» (приказ от 12 сентября, № 177).

Когда выяснилось, что Татищев своевременно принял меры и слухи относительно беспризорности раненых оказались несправедливыми, Кутузов пишет ему удивительно любезное письмо, но чувствуется, что старый полководец и впредь будет принимать решительные меры помощи:

«Нанесенное вашему превосходительству огорчение изъявлением моего неудовольствия на неуспешный перевоз больных из Коломны и худой за оными присмотр вместе с тем, как поленилась истина, обратилось собственно ко мне. С живейшим участием и полным удовольствием обще с ошибкой моей, происшедшею от слухов, вижу я ту деятельность вашего превосходительства, какой всегда со стороны вашей надеялся и какой надеюсь впредь, прося вашего снисхождения к тем же хлопотам моим и делам, коими будучи занят, но по не воли должен иногда основываться на общих заключениях, не всегда в протчем справедливых» (27 сентября, № 354).

Та же подлинная сердечная забота о раненых и ясное понимание необходимости привлечь к этому делу все власти пронизывают и письмо *к* рязанскому гражданскому губернатору Бухарину. После того как до Кутузова дошли сведения о полном равнодушии местных властей к делу ухода за ранеными, Кутузов пишет ему: «С чувствительным состраданием внимаю я стоны жертв сих, удаленных от меня и живущих с вашим высокородием в одном городе». Фельдмаршал несколько иронически пытается найти объяснение происходящим безобразиям: «Все вышеозначенные неустройства, я надеюсь, произошли от неведения вашего и от занятия полицмейстера делами, гораздо труднейшими».

Но тут же Кутузов меняет тон и строго внушает губернатору, «как попечительный присмотр за получившими раны чинами при защите отечества в делах с неприятелем неминуемо сопряжен с пользой службы в важнейшем смысле». Указав губернатору на ряд неотложных мер по улучшению положения раненых, Кутузов властно требует немедленного донесения о том, что губернатором будет предпринято, и сурово заканчивает: «Напоминаю при том, что вы одни и по всей строгости отвечаете мне за .раневых офицеров, каким невнимание ваше к общей пользе изрыло, может быть, могилу» (30 сентября, № 415).

Таких документов много, и все они говорят об одном: Кутузов неусыпно следил за организацией медицинской помощи раненым и больным воинам.

Когда после катастрофического отступления Наполеона необходимо было навести порядок на всем протяжении его пути — «очистить тыл нашей армии, собрать отсталых людей и вообще все привесть в прежний порядок и положение», Кутузов избирает для этой цели генерал-лейтенанта Бороздина, командовавшего 8 пехотным корпусом в Бородинском бою, у Семеновских флешей. Он пишет ему подробную инструкцию, и в ней видное место занимают вопросы помощи раненым:

«При случае проезда вашего через те места, где устроены госпитали, я поручаю вам осматривать оные, в каком они находятся положении, имеют ли больные и раненые все положенные им выгоды, равно не держутся ли там по напрасну выздоровевшие люди. Есть ли же где по осмотру вашему найдете вы беспорядок или упущение, в таком случае, исправляя и то и другое, уведомляйте обо всем меня». Кутузов требует: «В протчем поставьте всем за одну из главнейших обязанностей стараться о сбережении людей и о сохранении здоровья их» (17 ноября, № 924).

В заключение еще один документ, рисующий во весь рост высокое чувство долга и патриотизма Кутузова. Это письмо Платову. Повод совершенно анекдотичный: до Кутузова дошло известие, «будто командиры полков войска Донского при армии заболели почти все» (17 сентября, № 222). Кутузов предупреждает Платова: «Ежели известие, ко мне дошедшее, справедливо... в таком разе я обязан буду довести о сем до сведения государя императора, между тем не упущу и мер принять, какое высочайшая власть предоставляет мне по долгу службы». Кутузов сам не хочет верить этому странному известию, «ибо Теперешнее положение нашего отечества одно весьма сильно возбуждает каждого из нас преодолевать всякие трудности и самой жизни не щадить». Самый высокий пример человека, не пощадившего сил своих и преодолевшего все трудности, во имя независимости родины, во имя блага своего народа, яви." **Кутузов.**

Полковник мед, службы проф. А. Н. МАКСИМЕНКОВ

БОЛЕЗНЬ И ПОСЛЕДНИЕ ДНИ Н. И. ПИРОГОВА

История болезни и последние дни жизни Н. И. Пирогова глубоко интересны с врачебно-психологической точки зрения. В них в своеобразной форме преломились понятия врачебной этики, или врачебной морали, о которых так много в своих трудах и выступлениях говорил Н. И. Пирогов.

Первые признаки заболевания у Н. И. Пирогова, повидимому, появились в 1880 г., хотя точных данных на этот счет нет. Жена Н. И. Пирогова Александра Антоновна в беседе с В. Фрагасси рассказывает:

«Я стала замечать, что муж мой года за два до смерти начал каждый день, иногда часто, иногда лишь во время еды, полоскать себе рот теплой водой. Я обеспокоилась этим, но на мой вопрос о причине такой привычки он отвечал, что полощет рот для того, чтобы противодействовать вредному влиянию табака, так как он много курил...»

Врач Киевского военного госпиталя С. Шкляревский, долго наблюдавший больного, связывает начало заболевания .с потерей Пироговым 3-го коренного зуба правой верхней челюсти в апреле—мае 1880 г. К этому времени Н. И. Пирогов не имел уже зубов и категорически отказывался от предложения вставить искусственные. Свой отказ он мотивировал неудобствами поездок в город и т. д. Потеря зуба, однако, не отразилась на пищевом режиме Николая Ивановича.

Так как Н. И. Пирогов почти всю жизнь страдал катга|рром кишечника, развившимся еще в дерптский период его деятельности, он вынужден был периодически соблюдать диэту, время от времени оставлял курение сигар и пользовался щелочными водами Ессентуки № 17 и Вишц.

В этот период жизни Николай Иванович оканчивал свой труд **о** посещении театра военных действий на Балканах и приступал к созданию дневника. Кроме это**го, он много** времени уделял сельскому хозяйству, ухаживал за виноградником, **персиками, которые** разводил в теплицах, цветниками и розарием.

В конце 1880 г., несмотря на преклонный возраст, Николай Иванович отличался бодростью и прекрасной памятью. Он продолжал делать онерации у себя в Вишне, много консультировал и вел широкую переписку с друзьями.

«Однажды, — говорит Александра Антоновна, — это было, должно быть, в январе 1881 г., прополаскивая рот, он вдуг громко вскрикнул, сказав, будто бы обжог рот слишком горячей водой. Я осмотрела! предполагаемое место ожога и заметила за правым верхним клыком на твердом небе, недалеко от зубного дупла, маленький серовато-белый нарывчик величиной с чечевицу. При надавливании он вызывал боль и 'вокруг него образовался кирпичного цвета круг величиной с гривенник. Через несколько дней он и сам заметил мне на этот счет: «Не знаю, — говорит, — что такое у меня во рту. Уж не рак ли, чего доброго...» ,

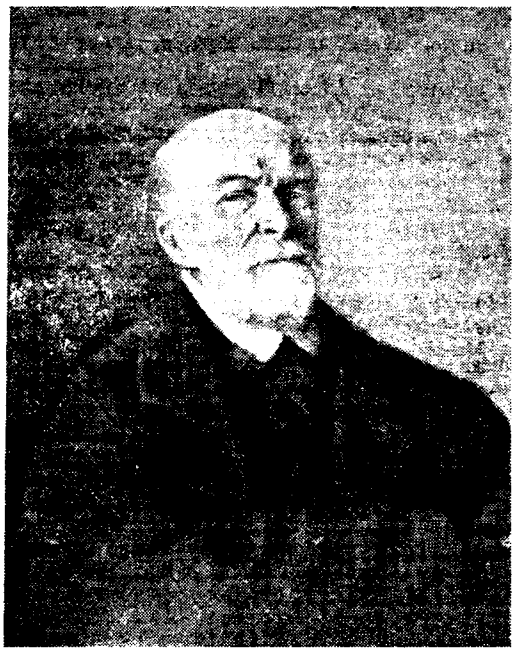


Рис. 1. Н. И. Пирогов

Это было первое нредположение о злокачественности заболевания, предположение, которое несколько раз отвергалось некоторыми врачами и самим больным.

Появление изъязвления на альвеолярном отростке верхней челюсти страза можно было бы связать с тем, что вообще, по свидетельству Шкляревского, правый верхнечелюстной альвеолярный отросток был несколько больше левого, вследствие неравномерной атрофии, связанной с разновременным выпадением зубов.

Естественно, что постоянное травмирование правого верхнечелюстного альвеолярного отростка после потери зуба было более значительным. Это при прочих равных условиях могло повести к появлению очага заболевания в данном месте.

Несмотря на то, что, по свидетельству Александры Антоновны, Николай Иванович внезапно почувствовал резкую боль, Шкляревский говорит о медленно, исподволь развивавшемся процессе: «...в начале 1881 г., — пишет он, — Николай Иванович заметил, что все соленое, кислое и едкое производило при жевании некоторую боль и раздражение на слизистой оболочке твердого неба справа, близ внутреннего

Рис. 2. Село Вишня в конце прошлого столетия

края гладкого и вполне правильного валика десны, одевающей альвеолярный отросток в правой верхней челюсти, против места, соответствовавшего приблизительно третьему коренному зубу. Ощущение и вид болевшего места, по словам самого Николая Ивановича, напоминали сначала просто ссадину или незначительный ожог слизистой оболочки неба, но затем ссадина довольно быстро приняла вид отверстия и казалась как бы входом во вполне возможный в данном месте зубной свищ, но ни каналов, ни выделения гноя положительно не было».

Придя к убеждению, что развивается злокачественный процесс, Николай Иванович никому об этом не писал. Даже в разговорах с Александрой Антоновной он избегал касаться этого вопроса, не жаловался на болезненное ощущение, а продолжал спокойно работать и окружающим казался совершенно здоровым. Однако мысль о том, что патологический процесс во рту прогрессирует, не оставляла больного. Он решил прекратить употребление в пищу раздражающих веществ, перестал принимать щелочные воды, вино и избегал твердой пищи.

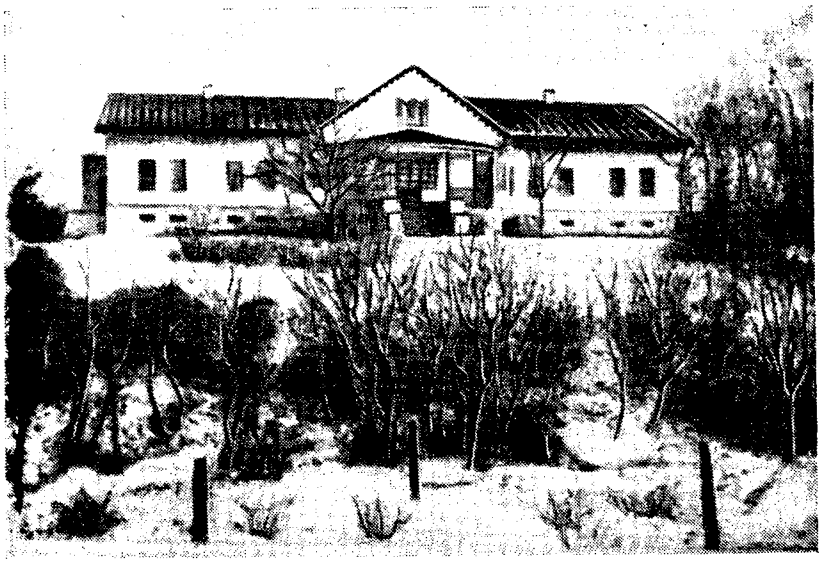


Рис. 3. Дом Н. И. Пирогова в селе Вишня

В это время Николай Иванович питался молоком и выпивал его до 8 стаканов, всасывая через трубочку. Хотя Н. И. Пирогов не жаловался, но высказанная им мысль о возможности рака очень беспокоила Александру Антоновну. Она вызвала из Киева доктора Шкляревского, который и дал заключение, приведенное выше. Когда у больного находился Шкляревский, в Вишню случайно по дороге в Одессу заехал доктор Бертенссн. Осмотрев полость рта, Бертенсон совершенно равнодушным тоном заявил: «Все это пустяки и скоро опять заживет...»

Приехав в Одессу, Бертенсон з кругу друзей и знакомых говорил о раковой природе заболевания Н. И. Пирогова.

«Диагноз Бертенсоца успокоил нас, — говорит Александра Антоновна, — муж моц был[1] уже склонен приписать свою болезнь вырванному зубу и всеми силами старался только не допустить затвердения опухоли...»

Процесс в полости рта прогрессировал довольно быстро. В начале весны 1881 г. вместо одной язвочки на слизистой оболочке правой половины твердого неба образовались две изъязвленные поверхности. Дальнейшее развитие процесса, конечно, не могло остаться незамеченным, и Николай Иванович стал принимать меры, чтобы предохранить измененные поверхности от возможной травмы. Он начал применять различные методы покрытия пораженного участка: клееночкой или протективом Листера, на который наносил различные смазывающие клейкие вещества. В этот период он не чувствовал еще общего упадка сил и его беспокоила только местная реакция.

Использовав различные средства изоляции язв, Николай Иванович, в конце концов, нашел способ, которым пользовался весь остаток своей жизни: он брал пропускную бумагу, смачивал ее в густом отваре льняного семени и накладывал на язвы. Иногда в отвар добавлял по 2 капли карболовой кислоты (на блюдце отвара), а в последующем стал добавлять настойку опия и даже раствор уксуснокислого морфина. Постепенные добавления морфина к льняному отвару свидетельствовали о быстро нараставших болевых ощущениях, которые, повидимому, в этот период только и привлекали внимание Николая Ивановича. Судя по тому, что он вставал

ночью и делал эти наклейки, можно заключить, что обострявшиеся боли **принимал!** по ночам жестокий характер.

Приближался пятидесятилетний юбилей врачебной и общественной деятельности гениального представителя русской медицинской мысли. Одновременно обострялась и болезнь, причинявшая Н. И. Пирогову большие страдания.

Когда проф. Склифосовский, по поручению Московского университета, весной 1881 г. приехал к Н. И. Пирогову просить разрешения на организацию юбилейных празднеств и передал приглашение присутствовать на них, Н. И. Пирогов с присущей ему живостью согласился на чествование. При этом он выразил желание, чтобы чествование состоялось именно в Москве, где он родился и воспитывался, а не в Петербурге **и** уж никак не в Дерпте. Он долго беседовал с проф. Склифосовским и потом попутно, между прочим попросил: «Посмотрите, что это у меня во рту...».

Рис. 4. Н. В. Склифосовский

Склифосовский внимательно осмотрел полость рта у больного, но истины Николаю Ивановичу не открыл.

В своей речи, произнесенной на заседании Хирургического обществ» им. Н. И. Пирогова 22 ноября 1894 г., Склифосовский сказал: «На твердом небе справа, там, где в глубине выходит а. ра1аНпа, я увидел язву, характер которой не подлежал никакому сомнению. Мне сделалось невозможно тяжело. То было начало недуга, сведшего Николая Ивановича в могилу. Я выехал в Москву, подавленный тайной, обладателем которой сделался невольно...»

Хотя Склифосовский и не высказал Николаю Ивановичу своего мнения относительно сущности заболевания, тем не менее он, по свидетельству Александры Антоновны, объяснил, «что это неизлечимая фистула, нисколько, однако же, не злокачественная». «Слова Склифосовского, — говорит Александра Антоновна, — видимо, ободрили моего мужа, и он снова весело принялся за работу...»

Вероятно, под влиянием мнения, высказанного Склифосовским, Н. И. Пирогов начал сомневаться в правильности своего предположения о характере заболевания. Он пытался трактовать образовавшиеся язвы как афтозные, появившиеся у него вследствие хронического катарра кишечника. Он также допускал мысль, что, может

быть, уцелел в десне корень зуба или что образование язв связано с прорезыванием зуба мудрости, о наличии которого в молодости он не помнил, и, наконец, как об этом свидетельствует Шкляревский, допускал возможность существования в десне недоразвившегося зубного зачатка.

Несколько поколебленный в своем первоначальном предположении, Николай Иванович до отъезда в Москву продолжал применять пластыри из бумаги и не прерывал обычной работы. Время от времени в беседах он возвращался к своему заболеванию и высказывался по поводу незаживающих язвочек: «Уж не раковая ли это штука?».

Супруга Николая Ивановича не поддерживала этого мнения, хотя внутренне ощущала беспокойство и терпеливо ждала поездки в Москву. На юбилейные торжества должны были съехаться все хирурги России, и там можно было бы окончательно .решить вопрос о характере заболевания и определить методы дальнейшего лечения. Повидимому, на это же надеялся и Николай Иванович, но вслух этого че говорил.

Приближался день 22 мая 1881 г., когда вся врачебная общественность кашей родины, передовая интеллигенция и народ решили праздновать юбилей великого гражданина.

Переезд в Москву совершался в хороших условиях и не утомил Николая Ивановича. Мысли о болезни все время отвлекались многочисленными встречами в пути и торжественной встречей в Москве.

Можно благодарить судьбу и радоваться, что Николаю Ивановичу снова удалось побывать в Москве, совершить триумфальный въезд в первопрестольную столицу своей родины, посмотреть Университет и высказать вслух свою радость в обращении и встречавшим его. Памятными останутся его слова:

«Ваша: встреча, поверьте, друзья, так тронула меня, что я не в состоянии высказать всего, что чувствую я теперь на родине, и от души благодарю всех за оказываемый мне привет...»

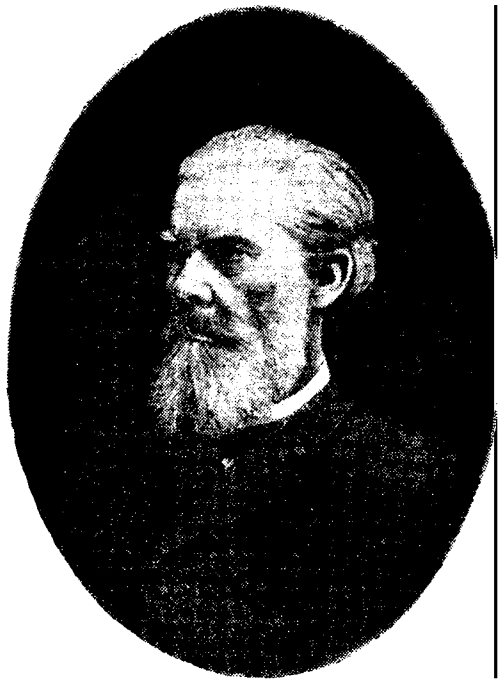


Рис. 5. Проф. Грубе

На юбилейных торжествах в Москве Николай Иванович сказал прочувствованные слова, украшающие страницы его произведений. Речь на вокзале, короткая и глубоко трогательная, рисует нам Н. И. Пирогова как великого патриота. Речь в Университете, глубокая по мысли и блестящая по форме, была посвящена правде врача. Говоря о правде в медицине, Николай Иванович не мог предполагать-того, что среди слушателей его были люди, знавшие правду о его болезни, правду, которую они, однако, не могли ему сказать.

Дни юбилея стали выражением признательности и глубокой благодарности России своему сыну врачу-патриоту. Москва избрала Николая Ивановича своим почетным гражданином.

Волнующие переживания вызывали у Н. И. Пирогова чувство глубокой удовлетворенности. Это чувство на короткий срок отвлекло его от мысли о болезни, но уже 25-го мая он снова возвратился к ней.

В Москве Николая Ивановича осмотрел прежде всего Склифосовский. Когда Шкляревский спросил у него о сущности процесса, Склифосовский ответил: «Ни малейшего сомнения быть не может, что язвы злокачественные, что существует новообразование эпителиального характера. Необходимо удалить, оперировать, как можно скорее, иначе неделя-другая и будет уже поздно и невозможно...».

Шкляревский в своих воспоминаниях пишет, что это сообщение, как гром, поразило его. О сущности заболевания он не решился сказать даже Александре Антоновне. ■

25 мая Н. И. Пирогова, после Склифосовского осматривали также проф. Валь и Грубе, которые пришли к заключению, что у Николая Ивановича рак, что положение серьезно и нужно оперировать, как можно скорее.

26 мая был составлен консилиум из профессоров: Грубе из Харькова, Валь ив Дерпта, Эйхвальд и Богдановский из Петербурга. Председательствовал Склифосов-

ский. Впрочем, в отпошепии участия Богдаповского имеется разноречивые даппые' Шкляревский говорит, что ему было поручено пригласить проф. Богдановском», по, как оказалось, в этот день он уехал в Петербург.

После осмотра больного Склифосовский подробно изложил на консилиуме историю болезни, динамику ее развития. По существу он один видел Н. И. Пирогова за два месяца до консилиума. Шкляревский пишет, что на консилиуме Склифосовский отметил громадное увеличение язвы, изменения краев и дна ее. Консилиум единогласно пришел к заключению, что на правой половине твердого неба вполне характерные злокачественные эпителиальные изъязвившиеся новообразования. С таким же единодушием консилиум признал необходимость возможно скорого оперативного вмешательства. «Теперь я удалю все дочиста в 20 минут, а через две недели это едва ли будет возможно», — говорил Н. В. Склифосовский, и все согласились с ним.

Перед консилиумом встал трудный вопрос: кому поручить рассказать Николаю Ивановичу о сущности заболевания и мероприятиях, которые консультанты считают необходимыми.

Склифосовский просил Э. Э. Эйхвальда поставить в известность больного, учитывая, что с отцом Эйхвальда Николай Иванович был в тесной дружбе и свое доброе отношение перепес па сына. Эйхвальд категорически запротестовал: «Я< Ни за что!».

Сообщить Н. И. Пирогову решение консилиума пришлось Н. В. Склифосовскому, но предварительно он поставил в известность Александру Антоновну и сына Николая Ивановича.

Правда, первоначально Александра Антоновна согласилась сказать мужу о состоявшемся решении, но 26 и 27 мая у нее нехватило мужества открыть ему всю пт-авду. Тогда Склифосовский юовместно с Эйхвальдом, как об этом свидетельствует Шкляревский, решили не откладывать дальше и открыть истину Н. И. Пирогову.

Вот как описывает Склифосовский эту полную трагизма сцену:

«Что я скажу ему? Как передам? — недоумевал я, полный отчаяния. Сказать ли правду или речь прикрасить обходами. Но ведь я должен был говорить с Н. И. Пироговым, которого так чтил... Обуреваемый такими сомнениями, я направился в зал, где ждал пас Николай Иванович. Я боялся, что голос мой дрогнет и слезы выдадут все. что было на: душе.

— Николай Иванович! — пачал я, пристально смотря ему в лицо, — мы решили предложить вам вырезать язву...

Спокойно, с полным самообладанием выслушал он меня. Ни одна мышца на лице его не дрогнула. Мне показалось, что передо мной восстал образ мудреца древности. Да, имеппо только Сократ мог выслушать с такой же невозмутимостью суровый приговор о приближающейся смерти...

Настало глубокое молчание. О, этот страшный миг!.. Я до сих пор с болью еще ощущаю его...

— Прошу вас, Николай Васильевич, и вас, Валь, — сказал пам Николай Иванович, — сделать мпе операцию, по пе здесь. Мы только что кончили торжество и вдруг затем тризну. Вы можете приехать ко мне в деревню?..»

Разумеется, мы отвечали согласием. Операции, однако, не суждено было сбыться...».

Лето 1881 г. Н. И. Пирогов частично провел в Вишне. Бодрость не покидала его. Сущность заболевания как-то мало трогала больного. Он ежедневно занимался, работал в саду, совершал прогулки, принимал больных, но только в этот период не рисковал их оперировать, С присущей ему методичностью менял повязки, полоскал рот раствором квасцов. Но это длилось недолго. В июле 1881 г. па лимапе в Одессе Шкляревский встретился с Н. И. Пироговым, который отдыхал на даче доктора Бертенсона. Вот как Шкляревский описывает встречу:

«На лимане я застал Николая Ивановича почти неузнаваемым. Он, очевидно, вполне сознавал свое безвыходное положение. Сумрачный и сосредоточенный в самом себе, оно охотно дал мне осмотреть свой рот и, сохранив хладнокровие, с жестом произнес несколько раз многозначительно: «Не заживает!.. Не заживает!.. Да, конечно, я понимаю вполне натуру язвы, но согласитесь сами... Не сюит... Быстрый рецидив, распространение па соседние железы и притом все это в мои лета пе^ может обещать не только успеха, но едва ли может сулить и облегчение... Пускай так... Как видите, я Ьтрадаю и кое-что ем, кроме жидкостей...»

Приведеппые слова Н. И. Пирогова свидетельствуют о том, что в июле 1881 г. он пришел к окончательному убеждению в злокачественности своего заболевания.

Несмотря, однако, на чувство безысходности, Николай Иванович и в Одессе не прекращал широкой врачебной практики, подписывал рецепты, консультировал.

По возвращении из Одессы Н. И. Пирогов был настолько убежден в ближайшем печальном исходе своего заболевания, что даже не пытался воспользоваться предлагавшимися ему методами лечения. Так, например, проф. А. С. Шкляревский в августе 1881 г. порекомендовал испробовать лечение язв электролизом. Н. И. Пирогов поблагодарил за оказанное внимание и сообщил, что он решил не оставлять Вишпи. .: Г|«' .

В Вишне, несмотря на все ухудшавшееся состояние, Николай Иванович углубился в воспоминания: продолжал писать «Дневник старого врача».

Может быть, чувство близкого конца стимулировало творчество Николая Ивановича, а творчество отвлекало его. Он работал, не покладая рук. Несмотря на то, что процесс все ухудшался, больной не терял ни одного дня и все спешил, спешил и спешил.

В сентябре он простудился и слег в постель. Появилось катарральное состояние дыхательных путей. Увеличившиеся лимфатические железы шеи отягощали общее состояние. И все же Н. И. Пирогов писал лежа.

В дневнике от 1 октября читаем:

«От 1-го листа до 79-го, т. е. университетская жизнь в Москве и Дерпте, писана мной от 12 сентября по 1 октября (1881 г.) в дни страданий».

С 1 по 10 октября, судя по дневнику, Н. И. Пирогов не мог писать. Но 10 октября он снова взял в руки карандаш и запись в дневнике 10 октября начал так:

«Дотяну ли еще до дня рождения... (до ноября 13-го). Надо спешить с моим дневником...»

Общее состояние резко ухудшалось. Беспокоили боли и, повидимому, наступил общий упадок сил.

«Последний месяц жизни Николай Иванович мало говорил, — пишет Шкляревский, — кушал неохотно, иногда бывали значительные боли в лицевых и шейных нервах. Приходилось унимать их паллиативными средствами: мазь с хлороформом и подкожные впрыскивания морфина с атропином — любимое Николая Ивановича средство для больных и тяжело раненых в первое время после ранения и во время транспорта по грунтовым дорогам. Наконец, последние дни Николай Иванович почтн исключительно пил квас, рейнвейн и шампанское, иногда в значительном количестве».

Слова Шкляревского говорят о тяжести страданий, которые испытывал Н. И. Пирогов в конце своей жизни. Жестокие боли, повидЪмому, не уменьшались даже под влиянием наркотиков. Но и- в это время Николай Иванович продолжал писать дневник. Читая последние его страницы и зная тяжелое состояние больного в последние дни, невольно поражаешься колоссальной воле Н. И. Пирогова.

Когда боли становились нестерпимыми, он начинал очередную главу дневника следующими словами:

«Ой, скорее, скорее!.. Худо, худо... Так, пожалуй, не успею и половины петербургской жизни описать...»

И он продолжал описывать... Он хотел оставить потомству «Дневник старого врача» — труд, в котором раскрыта мудрость врача, моральные его достоинства и глубокая любовь к науке, изложить мысли, которые должны быть присущи каждому врачу, ученому и патриоту. К сожалению, 22 октября является той скорбной датой, когда карандаш окончательно выпал из рук обессиленного мыслителя. ■

Последние главы дневника, писанные в постели, поражают нас яркостью воспоминаний. В них совсем нет записей о переживаниях, связанных с заболеванием.

В конце октября Н. И. Пирогов, по словам Александры Антоновны, почувствовал приближение смерти.

За две недели до смерти больной впал в бессознательное состояние, появилось •бильное слюнотечение, бред.

23 ноября Николая Ивановича Пирогова не стало.

★

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковникмед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)[1]

I. ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Карпов В. К., Удаление сточных вод эвакогоспиталей, размещенных в неканализированных зданиях, в кн. Сб. работ сан. службы СибВО, 2, М., стр. 59—64, 1943.

Карцовник И. И., Основные черты работы неврологического и нейрохирургического отделений ЭГ глубокого тыла по И-скому РЭП, в кн. Тр. окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, в. 3, Красноярск, стр. 243—247, 1944.

Кекало Б. В., Работа гвардейского медико-санитарного батальона, ВСД, 6, стр. 31—35, 1942.

Керопиан К. С., Лечение раненых в эвакогоспиталях Армянской ССР, в кн. Тр.Д-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 68—71, 1942.

Киваев А. П., Индивидуальное обслуживание больных и раненых при транспортировке на самолетах, Советское здравоохранение, 4—5, стр. 3—6, 1941.

Кирилов П. И., Опыт работы сан. службы полка за год Отечественной' войны, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 27—28, 1943. Для служебного пользования.

Кичин А. И., Работа ЭГ РСФСР, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 51, 1942.

Клугман Г. А., Анализ смертности по М-скому эвакогоспиталю, в кн. Опыт работ эвакогоспиталей за год Отечественной войны, Горький, стр. 137—146, 1942.

Кобзев А. Ф., Итоги работы ЭГ СибВО за 20 месяцев Отечественной войны и очередные задачи, в кн. Тр. окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, в. 3, Красноярск, стр. 7—16, 1944.

Кобзев А. Ф., Организация лечебно-профилактической работы в войсковой части соединений, в кн. Сб. работ сан. службы СибВО, 2, М., стр. 65—71, 1943.

Кобзев А. Ф. и Приходько П. Т., Организация лечения выздоравливающих в госпиталях, в кн. Сб. работ сан. службы СибВО, 2, М., стр. 26—29, 1943.

Коваленко В. Н., Военно-санитарная служба немецко-фашистской армии, б. м., 32 стр., 1943 (ВСУ Калининского фронта). Для служебного пользования.

Ковригин П. Н., Вопросы эвакуации на ротном и батальонном участках морской пехоты в условиях Заполярья, Военно-морской врач, 1, 1944.

Коган А. Г. и Бургак Н. Ф., Показатели к сортировке раненых в госпиталях ближайшего фронтового тыла, Госпитальное дело, 5—6, стр. 31—33, 1943.

Когуров В. Ф., Опыт работы в ГЧ-ском военно-морском госпитале КБФ, в кн. Лечебная физкультура при травмах военного времени, М., стр. 22—23, 1944.

Козлов А., Средства для эвакуации раненых, ВСД, 11, стр. 49—52, 1941.

Козлов Д. Н., Работа ППГ в различных условиях оперативно-тактической обстановки, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 38—39, 1943. Для служебного пользования.

Колесников В. И. и Симонов В. И., Опыт работы реэвакуационного отделения при М-ском сортировочном эвакогоспитале, Госпитальное дело, 5—6, стр. 33—34, 1943.

Колесников С. А., За образцовое медико-санитарное обслуживание предприятий оборонной промышленности, Советское здравоохранение, 8—9, 1942.

Колесникове. А., Общество Красного креста и Красного полумесяца в Великой отечественной войне, Советская медицина, 10, 1942.

Колесников С. А., Организация работы и задачи восстановительной хирургии в эвакогоспиталях НКЗдрава СССР, в кн. Тр. 3-го пленума Госпитального совета НКЗдравов СССР и РСФСР, М., стр. 278—294, 1944.

Колесников С. А., Работать вместе с органами здравоохранения, Санитарная оборона, 4, 1941.

*** См. ВМЖ, № 1—2 за 1946 г.**

Колесников С. А., Четко, организовать лечение инвалидов Отечественной войны, Медицинский работник, 20.У.1943.

Кондрашев Н., Эвакуация раненых, Тыл и снабжение Красной Армии, 2, стр. 15—16, 1942.

Контридзе В., Санитарное обеспечение войск, действующих в горах, Тыл и снабжение Красной Армии, 11—12, стр. 19—22, 1943.

Коровин А. С., Краснознаменный Новороссийский военно-морской госпиталь, в кн. Военно-морской мед. сб., в. 3, Л., стр. 3—5, 1945.

Коровин А. С., Обзор онерационных журналов военно-морских госпиталей Ленинграда за два года Отечественной войны, Военно-морской врач, 3, стр. 8—13, 1944.

Коровин А. С., Хирургическая работа в подземном госпитале, Военно-морской врач, 4, стр. 15—22, 1943.

Коровин А. С., Сто шестьдесят три дня на Ханко. Заниски хирурга, М.—Л., Военмориздат, стр. 220, 1, 1945.

К о р о т ь М. В., Организация сан. службы дивизии в различных условиях, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 22, 1943. Для служебного пользования.

Котов А. П., Новости зарубежной медицины (Американская Канада, Англия). Вонросы протезирования, Врачебное дело, 3—4, стр. 181—188, 1945.

К о т о н С., Мастера пластических операций (о Ленинградском военном госпитале), Сб. статей «Возвращение в строй», Л., стр. 67—75, 1944.

К о ш о в е ц П. Д., Замечания но статье С. П. Поливник «Лечебная работа в ностоянном военно-санитарном поезде», в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну (рефераты), в.- 1, М., Медгиз, стр. 185, 1944.

Кравченко И. П., Санитарное обеспечение стрелкового батальона в наступлении, ВМЖ, май, 1944.

Крайсберг Г. В., Эвакуация раненых воздушным путем, в кн. 1-я научная медицинская конференция 1Ч-ской армии, б. м., стр. 42—43, 1943. Для служебного пользования.

Красильников И. И., Заметки о командировке в Америку, в кн. Военно-морской сборник, в. 6, М., ВМА, стр. 49—55, 1945.

Краткая история Московского коммунистического военного госпиталя, М., 232 стр. с илл., 1943.

Краус А. А., Здравоохранение Таджикистана на службе лечения раненых, Советское здравоохранение, 9, стр. 54—60, 1943.

Криворотое И. А., Опыт работы хирургов фронта и достижения военно-полевой хирургии в Отечественной войне, в кн. Сб. научных трудов ЭГ фронтового Ы-ского МЭП, б. м., стр. 5—18, 1944.

К р и с т а н о в Ц. А., Санитарная служба интернациональных бригад в Испании, Ташкент, Госиздат, 104 стр., 1942. Библиогр.

Кричевский Я. Н., Медицинская эвакуация по назначению и вопросы управления, Тыл и снабжение Красной Армии, 4, стр. 15—18, 1945.

Кричевский Я. Н., О методике оформления материалов но плану медицинского обеспечения операций, ВСД, 11—12, стр. 39—48, 1943.

Кричевский Я. Н., Роль нартовых упряжек в перевозке раненых, ВСД, 11—12, стр. 51—52, 1942.

Кудинов В. И., Неустанно повышать качество хирургической помощи раненым, Военно-морской врач, 3, стр. 3—5, 1942.

Кузнецов Г. Ф., Оныт работы медико-санитарного эскадрона кавалерийской дивизии в условиях боевых действий в глубоком тылу врага, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 318—319, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Куприянов П. А., Лечение и эвакуация раненых на Ленинградском фронте, в кн. Тр. 5-го пленума УМС нри начальнике ГВСУ Красной Армии, М., стр. 57—79, 1942.

К у р а ш е в С. В., Оныт восстановления здравоохранения в освобожденных районах РСФСР, Советская медицина, 1—2, стр. 28—30, 1944.

К У р а ш е в С. В'., Работа сельских врачебных участков в дни Отечественной войны, Советская медицина, 7—8, стр. 25—28, 1944.

Курган М. Д., Оныт работы Й-ского эвакогоспиталя, Госпитальное дело, 10, стр. 13—16, 1942.

К у р г а н н и к ов И. Н., Некоторые вопросы работы ЭП глубокого тыла, в кн. Сб. научных работ эвакогоспиталей, М., стр. 5—81, 1942 (Сан. отдел СибВО).

К У с л и к М. И., Организация хирургической помощи в эвакуационных госпиталях Й-ского РЭП, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции Гч-ского РЭП 27—30 июля 1942, б. м., стр. 23—36, 1943.

Кучерявый И. М., Год работы эвакогоспиталя, Здравоохранение Казахстана, 10, стр. 3—11, 1942.

Л а з а р е в М. Г., Итоги лечебной работы госпиталей глубокого тыла, в кн. Сб. научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 5—45, 1941.

Лазаренко Ф. А., Организация медпомощи на поле боя и маневрирование средствами усиления санвзвода батальона, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 25—26, 1943.

Лапченко Н. С., О работе эвакогоспиталей Новосибирской области, в кн. Тр. окруж и > хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, стр. 23, 1944.

Л аш к н а Н. Ф., Опыт организации лечения легко раненых в войсковом районе, в кн. Сан. служба в Отечественной войне, в. 1, М., стр. 77—80, 1943 (ГВСУ Красной Армии, опыт работы врачей Северо-Западного фронта).

Левит В. С., Доктрина военно-полевой хирургии в ее историческом развитии, Хирургия, 5, стр. 3—18, 1941.

Левит В. С., К 25-летию Великой Октябрьской социалистической революции (достижения советской хирургии), Хирургия, 11—12, 1942.

Л е в ч у к А. Н., Боевой опыт работы полевой санитарной службы М-ской армии за год Отечественной войны, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 7—14, 1943.

Левчук А. Н., Резюме 1-й научной медицинской конференции М-ской армии, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 44—47, 1943. Для служебного пользования.

Лейкин В. И., Из опыта работы развертывания эвакогоспиталей, Госпитальное дело, 1—2, стр. 34—36, 1942.

Леоненко П. М., Как была написана история М-ского эвакогоспиталя, Госпитальное дело, 1—2, 1945.

Лехтман Я., Лечение и эвакуация легко раненых, Тыл и снабжение Красной Армии, 8—9, 1944.

Лечение раненых и больных в эвакогоспиталях ВЦСПС по Узбекистану, в кн. Сб. научных трудов, в. 1, Ташкент, Управление ЭГ ВЦСПС, в. 1, 207 стр. с илл., 1945.

Лещинский С. Н., Хирургическая работа на Краснознаменном санитарном транспорте, Военно-морской врач, 3, стр. 3—42, 1944.

Лившиц И. Е., Опыт работы сортировочного госпиталя, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30.УП.1942, б. м., стр. 65—69, 1943.

Лившиц И. Е. и ШейдинЕ. А., О работе эвакуационно-сортировочного госпиталя, в кн. Медицинский сборник, № 1, М., стр. 29—31, 1942.

Лидский А. Т. Беречь время госпитального врача, Госпитальное дело, 8—9, стр. 7—10, 1943.

Лидский А. Т., Задачи госпиталей восстановительной хирургии, в кн. Сан. служба в дни Отечественной войны, 4, Свердловск, стр. 17—22, 1944.

Лидский А. Т., О лечебной работе в эвакогоспиталях Свердловской области, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 85—90, 1942.

Л и п с к и й Э. Б., Принципы работы фронтового госпиталя для легко раненых, ВСД, 3, стр. 23—29, 1942.

Л и п ч е н к о Н. С., О работе ЭГ Новосибирской области, в кн. Тр. окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, в. 3, Красноярск, стр. 23—27, 1944.

Лихтенштейн Е. И., К' вопросу о контрольной сортировке военно-санитарных поездов, в кн. Сб. научных работ эвакогоспиталей МАП—45. Киев, стр. 18—24, 1945.

Локтионов С. Д., Анализ хирургической работы в войсковом и армейском районах, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30 июля 1942, б. м., стр. 48—54, 1943.

Лукашевич Д. Н., Практика санитарной статистической работы в войсковой части Красной Армии, Самарканд, 104 стр., 1943.

Лукьянова Л. А., Организация операционно-перевязочного блока в хирургическом полевом подвижном госпитале, ВМЖ, 3—4, стр. 96—103, 1944.

Любарский В. Г., Опыт работы медико-санитарного батальона в обороне Севастополя, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М,, стр. 42—50, 1943.

Львов А. Н., Хирургическая работа медико-санитарного батальона, М., Воениздат, 120 стр. с илл., 1941.

Магнитский В. И., Обеспечение войсковой операции в малярийной местности, Советское здравоохранение Узбекистана, 1, стр. 60—65, 1941.

Майстрах К., Очередные задачи медицинских сестер в работе Красного креста, Медицинская сестра, 6, 1944.

Макеева О. В., Опыт организации и работы эвакогоспиталей в Киргизской ССР, Госпитальное дело, 10, стр. 9—18, 1942.

Малиновский М. С., Организация лечения женщин военно-служащих в эвакогоспиталях НКЗдрава СССР, в кн. Тр. 3-го пленума Госпитального совета НКЗдравов СССР и РСФСР, М., стр. 54—59, 1944.

Малиновский М. С., Санитарное обеспечение стрелкового батальона в позиционной обороне, ВМЖ, 7—8, 1945.

Малый Е. А., Опыт командира санитарного взвода батальона и объем медицинской помощи, вынос раненых из ротного района и эвакуация их на ПМП, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 31—32, 1943. Для служебного пользования.

Мамантавришвили Д. Г., Анализ основных показателей хирургической работы в эвакогоспиталях Грузинской ССР, в кн. Тр. 2-й научн. конф. эвакогоспиталей НКЗдрава Груз. ССР, Тбилиси, стр. 47—66, 1944.

Мануйлов А. И., Хирургическая работа эвакогоспиталя Сибирского военного округа за год Отечественной войны, в кн. Тр. окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, 3, Красноярск, стр. 16—23, 1944.

Марцинович М. Р., К вопросу постановки лечебно-эвакуационной работы ВСП на дальнейших рейсах, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 23—27, 1943 (САВО).

Маслинковский Т. И., Организация и тактика санитарной службы английской армии, ВСД, 10, стр. 53—59, 1941.

Маслов Т. Л., Об организации помощи при затяжных травматических и душевных заболеваниях, в кн. Вопросы военной невропсихиатрии, М., стр. 80—89, 1943.

Матвеев и Гияло Т. И., Вопросы организации и лечебной работы батальона выздоравливающих, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр. 50—58, 1943.

Материалы по медицинской статистике эвакогоспиталей, М., Медгиз, 63 стр., 1943 (НКЗдрав СССР, Сб. инструктивно-методических материалов по работе эвакогоспиталей, в. 14).

Махновский Д. Г., Опыт работы тылового эвакопункта, ВСД, 8, 1941.

М а ц Д. И., Некоторые вопросы эвакуации раненых и больных за пределы армии, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., действ, армия, стр. 59—64, 1944 (Сан. отдел М-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Мачавариани С. Н., Лучше и быстрее лечить раненых защитников отечества, В помощь медработникам эвакогоспиталей, 6—7, 1942.

М а ш а н с к и й Ф. И., Здравоохранение Ленинграда в дни Великой отечественной войны, Советское здравоохранение, 1—2, стр. 28—37, 1943.

Медико-санитарное обеспечение десантных операций, в кн. Тр. УМС при начальнике ВСУ ВМФ, т. II, в. I, М. — Л., стр. 78—94, 1943. Для служебного пользования.

М е д я н и к Ф. П., Батальонный медицинский пункт во время боевой операции, ВМЖ, стр. 47—49, май 1944.

Мерник М., СЭГ в Ленинграде (очерк), в кн. Сб. статей «Возвращение в строй», Л., стр. 25—32, 1944.

Методика проведения профилактических осмотров, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войсковых и армейских районов, б. м., стр. 166, 1944 (Сан. отдел 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

М е ш м а н Ф. Д., Основные недостатки в лечебно-эвакуационной работе санитарной службы Закавказского фронта и пути их ликвидации, в кн. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 73—80, 1942. (СУ Закавказского фронта). Для служебного пользования.

М и з и н о в Н. Н., К вопросам некоторых очередных задач нашей работы (о сан. службе Красной Армии), в кн. Вопросы хирургии в ЭГ, Горький, стр. 8—12, 1942.

М и з и н о в Н. Н., О санитарной организации Красной Армии (из опыта боев с белофиннами), в кн. Сб. докладов на юбилейной сессии Горьковского мед. института им. С. М. Кирова, Горький, стр. 3—53, 1941.

Миловидов С. И., Важнейшие задачи работы эвакогоспиталей (итоги работы 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР), Госпитальное дело, 7, стр. 3—12, 1942.

Миловидов С. И., За дисциплину в эвакогоспиталях, Госпитальное дело, 3—4, стр. 3—4, 1942.

Миловидов С. И., Итоги и задачи работы эвакогоспиталей НКЗдрава СССР, в кн. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 5—24, 1942, Советское здравоохранение, 5—6, 1942.

Миловидов С. И., Итоги работы эвакогоспиталей НКЗдрава СССР за два года Великой отечественной войны, в кн. Тр. 3-го пленума Госпитального совета НКЗдравов СССР и РСФСР, М., стр. 8—36, 1944.

Миловидов С. Иг, Настойчиво повышать качество лечения в эвакогоспиталях, в кн. Сб. инструктивных материалов по работе эвакогоспиталей, в. 1, Казань, стр. 5—10, 1942.

Миловидов С. И., Очередные задачи работы эвакогоспиталей, Госпитальное дело, 1—2, стр. 3—7, 1942.

Миловидов С. И., Повышать качество работы в эвакогоспиталях, в кн. Медицинские работники в Отечественной войне, М., стр. 33—37, 1942.

Миловидов С. И., Советское здравоохранение за 25 лет, Госпитальное дело, 11—12, 1942.

Мильштейн П. В., Санитарное обеспечение стрелковой роты и стрелкового батальона в современной войне, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы И Севастополя, М., стр. 21—24, 1943.

М и н и н о в Н. Н., О санитарной организации Красной Армии. Из опыта боев с белофиннами, в кн. Сб. докладов на юбилейной сессии Горьковского мед. института им. С. М. Кирова, Горький, стр. 32—48, 1941.

М и р-К а с и м о в М. А., Роль хирургии в обороне страны, 2-е изд. испр. и доп., Баку, 37 стр., 1943 (Академия паук СССР, азербайджанский филиал). Библиогр.

Миркин И. М., К вопросу об организации работы отделений для выздоравливающих в тыловых эвакогоспиталях, в кн. Сб. научи, работ эвакогоспиталей МАП—45, Киев, стр. 25—28, 1945.

Миротворцев С. Р., Состояние лечебной работы в эвакогоспиталях Саратова и Саратовской области, в кп. Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 75—85, 1942.

Мите ре в Г. А., Боевые задачи советского здравоохранения, Гигиена и здоровье, 1—2, стр. 1—3, 1942.

Ми те ре в Г. А., Все па службу фронта, Советская медицина, 13—14, стр.4—7, 1941.

Ми терев Г. А., За дальнейшее укрепление сапитарпой оборопы страны, Медицинская сестра, 5—6, 1942; Гигиепа и здоровье, 7, 1942.

Митерев Г. А., За сапитарпый порядок в тылу, М.—Л., Медгиз, 11 стр., 1941.

М и т е р е в Г. А., Задачи здравоохранения в Отечественной войпе, в кп. Медицинские работники в Отечественной войпе, М., стр. 5—13, 1942.

Ми тер^в Г. А., Отечественная войпа и задачи здравоохранения, Советская медицина, 1—2, стр. 3—7, 1942.

М и т е р е в Г. А., Отечественная война и органы здравоохранения, Советское здравоохранение, 1—2, стр. 37, 1942.

М и т е р е в Г. А., Очередные задачи здравоохранения в Освобожденных районах, Советское здравоохранение, 3—4, стр. 3—7, 1942.

М и т е р е в Г. А., Работа эвакогоспиталей тыловых районов страны. Итоги и задачи работы эвакогоспиталей НКЗдрава СССР, в кп. Тр. 2-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М., стр. 5—23, 1943.

Митерев Г. А., Речь па заседании Совета пациопальпостей 29.1.1944, Советское здравоохранение, 3, стр. 3—6, 1944.

Митерев Г. А., Советское здравоохранение в годы Отечественной войны, Советское здравоохранение, 7—8, стр. 3—7, 1944.

Митерев Г. А., Успехи советской медицины (в связи с указом о награждении медработников), Известия, 12.711.1945.

М и т о ш и п С. Ф. и Х а п и п Э. И., Длительное лечение легко рапепых, в кп. Военпая медицина па Западном фронте в Великой отечественной войпе, в. 1, М.,. стр. 76—80, 1943 (СУ Западного фронта).

М и т о ш и п С. Ф. и Х а п и п Э. И., Методика учета эффективности лечения в ГЛР, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 1, М., стр. 81—84, 1943 (СУ Западного фронта).

Мвхалевский И. И., Эпикриз на раненых и больных, эвакуируемых на ВСП и СТС, ВСД, 1, стр. 23—25, 1943.

М о в ш о в и ч, Контрольный лист сроков лечения, Госпитальное дело, 9, стр. 47—51, 1944.

Молчанов Н. С., Организация терапевтической помощи и анализ заболевапий в войсках Волховского фронта, в кп. Тр. совещания терапевтов Волховского фронта, Вологда, стр. 5—24, 1943.

Молчанов Н. С., Зак Ю. И. и др., Эвакуация рапепых в зимпих условиях, ВСД, 10, стр. 57—60, 1942.

М о р е й п и с И. А., Опыт организации руководства лечебным процессом начальником госпиталя, Госпитальное дело, 10, стр. 16—20, 1943.

М о с т у н (письмо), в кн. Письма по организационным вопросам военной медицины, б. м., стр. 38—41, 1943 (ЛЭУ ГВСУ). Для служебного пользования.

Мош лат Г. П., Организация работы МСБ в различных условиях, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 37, 1943. Для служебного пользования.

Мясищев В. Н., О тонизирующей фармакотерапии в практике военного времени, в кн. Нервно-психические заболевания военного времени. Л., стр 60—65, 1945.

Навроцкий В. К. и др., Задачи органов здравоохранения в деле экспертизы труда и трудоустройства инвалидов Отечественной войны, Врачебное дело, 1—2, 1945.

Наринский И., Санитарное обеспечение войск в наступательном бою, Тыл и снабжение Красной Армии, 8—9, стр. 10—12, 1943.

Научная тематика на 1943 г., Калинин, 26 стр., 1943 (ВСУ Калининского фронта).

Начальникам санитарной службы фронтов и армий, в кн. Письма по организационным вопросам военной медицины, б. м., стр. 31—36, 1943 (ЛЭУ ГВСУ). Для служебного пользования.

Нейман И. В., Опыт организации госпиталя для контуженных, Госпитальное, дело, 11—12, 1942.

Некоторые данные о лечении раненых за год Отечественной войны по материалам Санитарного управления МВО, в кн. Опыт постановки функционального лечения в эвакогоспиталях, М., стр. 39—42, 1944.

Некрасов Я. И. и Полтанцев А. Н., Опыт устройства эвакогоспиталя в приспособленном здании, Госпитальное дело, 5—6, стр. 35—40, 1942.

Нерославский М. М., Опыт работы организации крупного эвакогоспиталя, в условиях района, Госпитальное дело, 7, стр. 23—28,- 1943.

Неупокоева Т. Л., Достижения здравоохранения на селе за период Великой отечественной войны, Фельдшер и акушерка, 10—11, стр. 7—13, 1943.

Никитин А. П., Хирургическая помощь раненым в военно-морской базе, Во-, енно-морской врач, 3, 1942.

Никитский В. С., К вопросу планирования здравоохранения в военное время, Советское здравоохранение, 8—9, стр. 35—36, 1942.

Николаев А. Н., Лечение и эвакуация больных на Южном фронте, в кн. Тр. 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., стр. 166—174, 1942. Для служебного пользования. ■

Ниссельсон Г. М., Опыт работы эвакогоспиталя, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 40—41, 1943. Для служебного пользования.

Новиков А. А., Медицинское обеспечение узла сопротивления, в кн. Сб. материалов и статей, № 5, б. м., стр. 3—9, 1943.

Новиков В. Н., Организация и работа санитарной службы в войсковом районе. Краткие сведения для врачей и фельдшеров, М., Медгиз, 31 стр. с илл., 1941 (НКЗдрав СССР, б-ка войскового врача).

Новицкий Б. Е., Из опыта работы гарнизонного врача в условиях глубокого, тыла, в кн. Сб. работ сан. службы СибВО, 2, М., стр. 71—75, 1943.

Новицкий Б. Е., О некоторых узловых вопросах эвакуации, в кн. Сб. научных работ эвакогоспиталей, М., Медгиз, стр. 9—10, 1942 (Сан. отд. СибВО).

Новоселов Г. Ф., Прием и сортировка раненых в госпиталях при массовом поступлении, в кн. Медико-санитарная служба Краснознаменного Балтийского флота, в. 5, М. — Л., стр. 18—20, 1945.

Новожилов Д. А., Реконструированные носилки для транспортировки и лечения раненных в позвоночник в войсковом районе, ВСД, 8, стр. 90—93, 1941.

Новотельное С. А., Современная организация военной ортопедии, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 14—20, 1943.

Но дия М. 1О., Госпитальные исходы по материалам эвакогоспиталей ВЦСПС по Грузинской ССР. в кн. Тр. 2-й научн. конф, эвакогоспиталей НКЗдрава Груз. ССР, Тбилиси, стр. 22—25, 1944.

О госпиталях для легко раненых и легко больных, ВСД, 1—2, стр. 68—69,1942.

О медицинской сортировке и эвакуации по назначению так называемых легко раненых в полевой санитарной службе, ВСД, 4, стр. 57—60, 1943.

О методах улучшения работы отделов эвакогоспиталей, Госпитальное дело, 12, стр. 3—8, 1944.

О подготовке к работе в зимних условиях (директива начальника ГВСУ Красной Армии Е. И. Смирнова), в кн. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 28—34, 1942 (СУ Закавказского фронта. Для слу-«жебного пользования.

О подготовке материалов по составлению истории советского здравоохранения во время Отечественной войны, Советское здравоохранение, 5—6, 1942.

О представлении медицинской отчетности по линии отделов и управлений эвакогоспиталей областных, краевых здравотделов *и* НКЗдравов АССР и СССР. Приказ по НКЗдраву СССР от 23.Х1.1943 г., № 628, в кн. Сб. приказов и инструкций НКЗдрава СССР, 1, М., стр. 43—47, 1944.

О работе эвакуационных групп, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., действ, армия, стр. 162—163, 1944. (Сан. отд. М-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

О развертывании МСБ и ПГ первой линии, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., стр. 164, 1944 (Сан. отд. 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Об организации и работе АХО из резервных ППГ, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., стр. 167, 1944 (Сан. отд. 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Об организации смешанного терапевтического инфекционного госпиталя, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., стр. 165, 1944 (Сан. отд. 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Общие доклады о состоянии санитарной службы в период войны, в кн. Санитарная служба русской армии в войне 1914—-1917 гг., Куйбышев, стр. 85—149, 1942,

Огурцов П. А. и Минин М. К., Организация и тактика санитарной службы роты, батальона. Учебное пособие, Свердловск, Медгиз, 96 стр. с илл., 1942.

Олешкевич И. Б., Организация хирургической работы в медико-санитарном батальоне, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 312—317, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Опыт организации эвакогоспиталей в освобожденных областях Украины, Госнитальное дело, 9, стр. 7—10, 1944.

Оныт работы медико-санитарных отрядов, в кн. Тр. УМС нри начальнике ВСУ ВМФ, т. II, в. 1, М., стр. 94—102, 1943. Для служебного пользования.

Опыт работы эвакогоспиталя за год Отечественной войны, Сб. статей, Горький, Государственный мед. институт им. С. М. Кирова, 154 стр. с илл., 1942 (НКО, Управление М-ского ЭП).

Организация военно-санитарного дела и военно-санитарная тактика (доклады) в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 7—48, 1943.

Организация военно-санитарной службы и основы санитарной тактики германской армии, в кн. Сб. переводов из иностранных военных медицинских журналов, М., стр. 3—8, 1941.

Организация и тактика санитарной службы, в кн. Военно-санитарный справочник, М., стр. 1—69, 1941.

Организация работы эвакогоспиталей, М.— Казань, Медгиз, 85 стр., 1942 (НКЗдрав СССР, Главное управление эвакогоспиталей, Сб. инструктивно-методических материалов но работе эвакЬгоспиталей, в. 4). Для служебного пользования.

О р н а т с к а я Н. В., Дефекты работы нередовых этапов эвакуации, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30. VII. 1942, 6. м., стр. 59—64, 1943.

Осипов В. В., К вопросу об авиаэвакуации раненных в грудную полость, Проблемы туберкулеза, 11—12, стр. 22—23, 1941. Библиогр.

Осипов В. В., Эвакуация раненых по воздуху (клинико-экспериментальные исследования) (диссертация), Ленинград, ВМА, 510 стр. с илл., 1941.

Осипов Е. М., Опыт организации сортировочного отделения ППГ в условиях сельского расквартирования, в кн. Санслужба в Отечественной войне, М., стр. 70—72, 1943 (ГВСУ Красной Армии, оныт работы врачей Северо-Западного фронта, в. 1). Для служебного пользования.

Очкин А. Д., Дефекты предыдущих этапов эвакуации, отображенные в госпиталях глубокого тыла, в кн. Сб. научных работ эвакогоспиталей, М., стр. 14—19, 1942 (Сан. отд. СибВО).

Павленко П. А., Хирургическая работа медико-санитарной роты в Заполярье (по данным бригады морской пехоты).

Павловский В. Н., Медицинское обеспечение наступательной операции армии, ВМЖ, стр. 54—69, март — апрель 1944.

Павловский К. Н., Некоторые итоги работы эвакогоспиталей Среднеазиатского военного округа за первый год Отечественной войны, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент,стр. 5—13, 1943.

Палей Р. А., Оныт организации нриема раненых в эвакогоспиталях, в кн. Тр. эвакогоспиталей системы ФЭП № 50 и лечебных учреждений армий, № 5—6, Л., стр. 23—28, 1943 (ВСУ Ленинградского фронта).

Палладии А. М., Индивидуальный план лечения раненых, Госпитальное дело, 8—9, 1943.

Памятка для врача, медстатистика и регистратора, заполняющих карточку учета раненых и больных, М., 4 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии) (ф. № 3).

Панин К. К., Организационные вопросы работы сортировочного госпиталя госнитальной базы фронта, ВСД, 1, стр. 37—41, 1943.

Пашков В. Н., Медико-санитарное обслуживание топографических частей, ВСД, 3, стр. 66—70, 1941.

Первая помощь нри ранениях (намятка), Баку, 12 стр., 1941 (НКЗдрав Азербайджанской ССР, Центр, методическая санитарно-просветительная станция).

Перфильев Н., Организация санитарного обеспечения боевых действий застав, Пограничник, 6, стр. 25—26, 1941.

Петренко И. К., Опыт организации эвакогоспиталей в освобожденных областях Украины, Госпитальное дело, 9, стр. 7—10, 1944.

Петров Б. Д., Здравоохранение в районах, освобожденных от врага, Проблемы туберкулеза, 1—^, стр. 3—13, 1942.

Петров В., Оныт управления грунной госпиталей, Госпитальное дело, 9, стр. 16—20, 1944.

Петров В. П., На каких этапах санитарной эвакуации войскового района следует проводить лечение малярии, Советское здравоохранение Узбекистана, 1, стр. 55—60, 1941.

Петров В. Ф., Сроки лечения ранений и этапы эвакуации (диссертация), б. м., 87 стр., 1943 (СУ Западного фронта). На пишущей машинке Ч

[1] Продолжение в № 4—5 ВМЖ, 1946. (Продолжение следует.)

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Действ, **член Академии медицинских наук проф. И. Д. С т р а шун. Кутузов и забота о раненых в 1812 г. 50**

Полковник мед. службы проф. А. Н. Максименков. Болезнь и последние дни Н. И. Пирогова..... 51

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. М а каров. Библиография по военной медицине за -годы Отечественной войны (продолжение) 58

РНОМ ТНЕ Н15ТОРТ ОР **1ГЛ/?** *МЕО1С1НЕ*

Рго1. **I. В. 81 г а з Ь и п, НевШаг МетЬег о! Ле Асабету оГМе-51са1 8с1епсез. КиЛгоч апЛ Ле Саге о! 5Уоипс1е<1 1п 1812 . . 50**

Со1опе1 РгоБ А. М. М а х! т е п к о ч. ТЬе Шпезз о! 1Я. I. Р1го§очапд Ыз Баз! Вауз..... 51

В1ВЫООГ-АРНТ

Со1опе11. В. М а к а г о V. В1Ы1о§гарЪу оп №аг Мес11с1пе ЛгоиеЪои! Ле Ра(г1о11с МГаг (СопИпиеа). . 58

ОПЕЧАТКА

в № 12 „Военжо-медицинского журнала* 1945 г.

Стр.	Строка	Напечатано	Следует читать
62	15 сверху	Профилактика растений	Профилактика астений

2 руб.

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

4-5

АПРЕЛЬ — МАЙ

МЕДГИЗ · 1946

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Проф. Г. Г. Куликовский. Ото - ларингологическая помощь раненым, контуженным ' и больным по опыту Великой отечественной войны 3

Капитан мед. службы, канд. мед. наук В. М. Ш п а к и майор мед. службы Б. Н. Шлайн. Послеконтузионные расстройства слуха и речи 11

Майор мед. службы К. Д. Волков. Липкопластырное вытяжение после резекции тазобедренного сустава 13

Майор мед. службы Н. А. Куличков. Значение метода внутривенной сывороточной терапии в борьбе с газовой инфекцией 16

Майор мед. службы П. Н. К о р ы - т ь к о. К вопросу о наложении жгута при травматических ампутациях конечностей ... 18

Майор мед. службы Р. Х. Братко в с к и й. 16 % раствор сульфидина для парэнтераль- ' ного применения..... 20

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Майор мед. службы С. В. М а ксимов и старшина мед. службы Я. С. С м е л к о в. Физиологические колебания температуры конечностей и их значение для профилактики отморожений 23

Капитан мед. службы А. Д. Б у - ров. Метод подсчета результатов санитарно - гигиенических анализов при помощи таблиц.....28

Майор мед. службы Н. И. Задирай. Дезинсекционная установка для уничтожения клопов 36

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Майор мед. службы А. Г. Караванов. Переломы позвоночника у летного состава (по материалам Центрального авиационного госпиталя) ... 37

СОЫТЕ1ЧТ5

РРОВТЕМБ ОР ТНЕРАРЕПТ1С8 АПО РР0РНУЕАХ15

Ргой О. О. К и 11 к о V 8 к 1. О(о-1а-гуп§с1о§1са1 8егу1сез Тог и'оип-беб, Соп(из1опеб апб Шзеазеб Оиг1п§ (Ье РаШоЬс А№аг ... 3

СарЬИп XV. М. 8 К р а к, апб Ма)ог В. №. 8 Ы а 1 о. Р08(соп(из1опа1 Неаг1п§ апб 8реес1т О18(игЬап-сез 11

Ма]'ог К- О. V о 1 к о V. Ех(епз1оп Ьу Меэпз о(А6Ьез1уе Р1ая(ег Ро1-101*402 КезесЬоп о! (Ье Н1р 1о1п(..... 13

Ма]ог Р. А. К и 1 И с 11 к о V. ТЬе Уа1ие о(1п(гауепоиз 8егоЙ1егару 1п (Ье Соп1го1 о! Саз Оап^гепе 16

Ма]ог Р. №. К о г 11 к о. Цзе о! Ше Тоигп1дие(Ьу ТгаитаЬс Атри-(аНопз о(Ех(гетШез..... 18

Ма]огК. КД. Вга(коузк1. Рагео-(ега! Цзе о! а 81х1ееп Регсеп(8иИ1б1пе 8о1и(1оп..... 20

РРОВЫМЪ ОР У7АП НУ01ЕПЕ

Ма|ог 8. V. Мах 1тоу апб Рогетап Х. 8. 8 т е 1 к о V. РЬу-8ю1о21са1 Уапайоп о(Тетрега-(иге 1п (Ье Ех(гет1(1ез апб Из 81§пИ1сапсе 1ог (Ье РгеуепИоп о! Рго3(Ы(ез..... 23

Сар(а1п А. О. В и г о V. Ме(Ьоб о(СоипИп^ (Ье КезиКз о(8ап1(агу-Ну§1еп1с Апа1узез Ьу Меапв о(ТаЬІез..... 28

Ма]ог №. І. 2 а <11 г а п. ОеУ1се (ог О1з1п(е81аНоп о(Веб Ви§з . . 36

РРОВЬЕМБ ОР АУ1АТ1ОП МЕО1СШЕ

Ма]ог А. С. К а г а V а о о у. РгасШгез о! (Ье 8р1пе 1п (Ье Р1у1п§ Регзоппе!..... 37

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ

Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:

генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

4—5

АПРЕЛЬ—МАЙ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
«МЕД ГИЗ» — 1 94 6 — МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 140.

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. А 09854. Сдано в произв. 1/У1 1946 г. Подп. к печ. 17/У1П 1946 г.
Ф. бум. 70Х108/16 Печ. л. 4. Учетно-изд. л. 6,75 Зн. в 1 п. л. 68000
Тираж 8 800 экз. Цена 4 руб. Заказ 309

13-я тип. треста „Полиграфкнига* ОГИЗа при Совете министров РСФСР.
Москва, Денисовский, 30

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Генерал-майор мед. службы проф. Г. Г. КУЛИКОВСКИЙ

ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РАНЕНЫМ, КОНТУЖЕННЫМ И БОЛЬНЫМ ПО ОПЫТУ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Удельный вес всякой медицинской специальности как в мирное, так и в военное время определяется двумя показателями: качественным и количественным. Для определения качественного показателя удельного веса специальности нужно выяснить, применяет ли данная специальность своеобразные методы исследования, присущую только ей хирургическую технику и другие приемы лечения, требующие от врача специальных познаний и квалификации. При этом нужно доказать, что эти приемы ценны для лечения некоторых видов ранений или других повреждений. Для определения количественной стороны дела нужно учесть, какой процент поврежденных в боях и заболевших нуждается в помощи представителей данной специальности. С этих точек зрения ото-ларингология среди других медицинских специальностей имеет немалый удельный вес. Некоторые приемы ЛОРхирургических вмешательств весьма своеобразны, требуют специального инструментария, умения обращаться с ними, умения пользоваться искусственным источником света для освещения глубоких отделов ЛОРорганов, знания своеобразной техники оперирования. Поэтому ЛОРхирургия мало или даже совсем не знакома общим хирургам. Никто не спорит с тем, что больные с заболеваниями ЛОРорганов или раненые с изолированной травмой этих органов должны находиться под наблюдением ото-ларингологов, которые могут произвести не только экзоскопическое, но и эндоскопическое и функциональное ЛОРисследование и лечить этих больных или раненых по принципам ото-рино-ларингологии.

Но на практике при ранениях головы редко встречаются изолированные повреждения каких-либо отдельных органов: уха, глаза, челюсти и т. д. Чаще ранения головы бывают комбинированные, при которых страдает несколько соседних органов и требуется комплексное лечение несколькими специалистами. Поэтому роль ЛОРспециалиста не ограничивается лечением раненых с изолированными повреждениями ЛОРорганов. Ему приходится в качестве консультанта участвовать и при лечении раненых с комбинированными повреждениями. Например, повреждения шеи и нижней челюсти часто сопровождаются нарушением дыхания, и на основании ларингоскопических данных требуется решить, необходима ли в этом случае трахеотомия; переломы верхней челюсти часто сопровождаются повреждениями гайморовой пазухи и наружного носа; ранения глаз и орбиты комбинируются с травмой придаточных пазух носа; ранения черепа и закрытые травмы головного мозга часто влекут за собой косвенную травму ЛОРорганов или Нарушают их функции (слух, вестибулярное чувство, обоняние) и требуют ЛОРосмотра, специального лечения или экспертизного заключения о годности пострадавшего к военной службе, а также О полной или частичной потере им трудоспособности.

Многие ЛОРспециалисты указывают, что раненные в голову, находящиеся на лечении в других отделениях специализированного госпи-

Таля «голова-шея» (нейрохирургическом, офта диалогическом и стоматологическом), часто нуждаются в ЛОРпомощи.

Так, Ротенбург, желая выяснить частоту поражения ЛОРорганов при ранениях головы, обследовал около 700 раненых, лечившихся в различных отделениях специализированного госпиталя «голова-шея». Оказалось, что 61,8% раненых стоматологического отделения, 41,1% нейрохирургического и 30% глазного отделения нуждались в помощи ЛОРспециалиста. Состав этих раненых был следующий: 25,7% из них имели повреждения ЛОРорганов, 10°/о — контузии этих органов, 5,2% — ранения шеи и 4,9% страдали заболеваниями ЛОРорганов, не связанными с ранением.

Опыт Великой отечественной войны показал, что, кроме прямых или косвенных побреждений ЛОРорганов, бывает немало случаев ранений смежных областей (переднего средостения, основания черепа, пищевода, верхних шейных позвонков), при которых применение специальной ЛОРхирургической техники облегчает хирургическое воздействие. Например, ортоскопические приемы позволяют исследовать и производить хирургические манипуляции (в частности, извлекать инородные тела) **в** таких опасных зонах, в которые приемами обычной хирургии проникать рискованно, так как они находятся очень глубоко и расположены близко к важным для жизни органам.

Ортоскопы, введенные в свежий раневой канал, а если раневой канал уже 'Облитерирован, — через дополнительные разрезы по Геерману, Кронлейну, Кенигу и Вессели, позволяют достигнуть этих зон без широкого хирургического вмешательства (проф. К. Л. Хилов). При помощи ЛОРхирургической техники возможно, например, извлечение инородных тел из Гогатеп шарпит, Гозза р1ендора1а1та, ге^ю ге1готахШапз, из гипофизарной области и т. п., а также столь сложные хирургические манипуляции, как остановка ретроградного кровотечения из аг!епа сагоИз 1п1егпа или из уепа]и^и1апз при ее высоком, ранении и др.

ЛОРпомощь нужна не только раненым. В ото-ларингологическом обследовании нуждается также довольно большая группа контуженных. Специальные методы эндоскопического осмотра и функционального исследования позволяют лучше разобраться в формах контузионного поражения. Лечить контуженных, сделать прогноз и экспертизные выводы можно только с учетом состояния ЛОРорганов.

Наконец, консультаций ЛОРспециалиста нередко требуют больные нервными и внутренними болезнями. Например, при абсцессах мозга, менингитах, тонзиллогенных заболеваниях, сепсисе и многих других обследование ЛОРорганов часто помогает решить вопрос о происхождении заболевания. Для лечения этих больных часто требуются те или иные специальные ЛОРоперации.

Таким образом, потребность в ЛОРконсультациях при многих ранениях, контузиях и заболеваниях очевидна. Между тем методикой ЛОРосмотра и функционального ЛОРисследования владеют далеко не все, а ЛОРхирургия при современном уровне ее развития отличается весьма своеобразной техникой, доступной лишь специалисту. Все это дает основание утверждать, что удельный вес ото-рино-ларингологии в качественном отношении позволяет ей претендовать на соответствующее место среди других специальностей медицинской науки.

Для выяснения количественного показателя удельного веса ото-ларингологии в военное время приведем некоторые статистические данные о количестве травм, контузий и заболеваний ЛОРорганов, по данным ЛОРстационаров военных госпиталей во время Великой отечественной войны. Мы пользовались 20 полугодовыми отчетами, полученными от главных ото-ларингологов разных фронтов. Наша сводная статистика охватывает различные моменты жизни действующей Красной Армии: периоды активной обороны, стремительного, победонос-

ного наступления и, наконец, периоды затишья (межбоевыё). Статиста* ка основана на числе раненых, контуженных и больных, закончивших лечение; таким образом, один и тот же человек не мог попасть в статистику более одного раза. Данные охватывают более 14 000 раненых, более 20 000 контуженных и свыше 24 000 больных.

В формах официальной статистики в номенклатуру боевых повреждений и болезней совсем не включена ЛОРтравма, а из ЛОРзаболеваний включены только некоторые (ушные болезни). Поэтому установить точное количество ЛОРраненых, больных и контуженных невозможно и остается удовлетвориться тем минимумом их, который был зарегистрирован в ЛОРстационарах специализированных госпиталей.

Эти минимальные данные говорят о следующем: по официальной статистике за 4 года войны ранения головы имели более 11% всех раненых, а ранения шеи — около 1,4%. По статистике фронтовых ото-ларингологов около % всех ранений головы сопровождаются таким повреждением ЛОРорганов, при котором центр тяжести ранения лежит в ЛОРтравме. Все раненные в шею во время войны направлялись в ЛОРотделения. Таким образом, 3,6% всех раненых (% всех раненных в голову, что составляет 2,2% общего числа раненых плюс все раненные в шею—1,4% общего числа раненых) находились под наблюдением ото-ларингологов и лечились в ЛОРотделениях специализированных госпиталей. Группа контуженных по официальной статистике составляла около 3,5% к общему числу всех пострадавших в боях. Всех контуженных должен осмотреть ЛОРспециалист (подробнее об этом скажем далее), а половина из них (около 1,5% пострадавших в боях) должна находиться под постоянным наблюдением и лечиться у ЛОРспециалистов. Наконец, около 3,5% всех больных страдают заболеваниями ЛОРорганов и также должны находиться под наблюдением ЛОРспециалистов. Некоторые фронты дают более высокий процент, например, 7,9% больных с заболеваниями ЛОРорганов к общему числу больных во фронтовых учреждениях и 6,4% — в армейских (Н. М,. Афонский).

При определении этих процентов мы исходим из положения о так называемом центре тяжести повреждения или о превалировании (по важности и тяжести) поражения того или иного органа. Следовательно, указанный процент (3—3,5%) раненых дает представление о количественном показателе для изолированной ЛОРтравмы и таких комплексных ранений, в которых центр тяжести повреждения лежит в травме ЛОРорганов. Однако значительный процент раненных в голову, шею и соседние органы, а также раненых, имеющих множественные ранения (в том числе ЛОРорганов), также нуждается в осмотре и консультации ото-ларинголога. Например, по данным проф. Ермолаева, производившего поголовный осмотр всех раненых, лечившихся в госпиталях Алма-Аты, 12,5% раненых нуждались в осмотре ото-ларинголога.

Таким образом, в ЛОРпомощи нуждаются значительные контингенты раненых, контуженных и больных.

Среди раненых с центром тяжести повреждения в ЛОРтравме изолированные ранения ЛОРорганов встречаются в 0,5% всех случаев. ЛОРтравмы могут комбинироваться с повреждением других органов и частей тела следующим образом:

Характер ЛОРтравмы

Изолированные ра"ения		48,67
Комбинир, ванные ранения . . .		51.33
Из них: ЛОР и другие части шеи . .		14.8
. и другие части головы .		10,8
, и отдаленные части тела		10.3
, и челюсть	9,5	
. и глаз	6,0	

Ниже представлена локализация ЛОРранений **и** более подробно **по**казано процентное соотношение различных видов ЛОРранений.

Локализация ЛОРранений

	%
Слуховой проход	4,8
Ушная раковина	14,0
Комбинированные ранения наружного уха	4,2
Всего ранений наружн >гоуха	23,0
Барабанная полость	2,7
Сосцевидный отросток	14,3
Комбинированные ранения срешего уха	1,5
Всего ранений среднего уха	18,5
Ушной лабиринт	1,6
Комбинированные ранения внутреннего уха	1,8
В с е г о ранений внутренне- • него уха	**3,4**
Всего ранений уха	44,9

	%
Наружный нос:	
мягкие ткани	12,7
мягкие ткани и костный скелет	9,7
Всего ранений наружного носа	22,4
Придаточные пазухи носа:	
гайморова	10,2
лобная	4,0
решетчатый лабиринт	0,7
основная	0,2
комбинированныеранения пазух	3,3
В се г о ранений придаточных пазух носа	18,4
Всего ранений носа и придаточных пазух	40,8
Глотка	4,4
Гортань	5,2
Трахея	3,1
Гортань и трахея	1,6
Всего ранений шеи с участием ЛОРорганов	14,8

При сравнении наших данных о количестве случаев ЛОРтравмы в Великую отечественную войну **с** имеющимися в литературе весьма неполными и разноречивыми данными за прошлые войны можно отметить следующее:

1. По прежней статистике повреждения уха наблюдались в 5—18% всех случаев травм головы. По нашим данным, 20% всех случаев повреждений головы сопровождаются травмой ЛОРорганов; из них около половины падает на ранения уха, точнее, ранения уха составляют около 10% всех случаев огнестрельных повреждений головы, или, если принять во внимание комбинированные ранения уха, 1,5% общего числа раненых.

2. В прежних войнах при огнестрельных переломах лицевых костей примерно в 15% случаев были повреждены носовые кости. По нашим данным, травму носа и придаточных пазух его с повреждением костей имеет около 1% общего числа раненых.

3. Относительный процент травм придаточных пазух носа по нашей статистике также несколько отличается от данных Бюкнера и Вайнгартнера за первую мировую войну 1914—19-18 гг. По данным этих авторов, относительный процент травм различных пазух таков: лобных — 47%, гайморовых — 33%, решетчатых — 30% и основных—1%. Повидимому, Бюкнер и Вайнгартнер рассматривали и учитывали комбинированное ранение пазух как два-три или несколько самостоятельных ранений.

Поэтому и сумма их процентов более ста (47 + 33 + 30 + 1 = 111). По нашим данным, относительный процент огнестрельных повреждений придаточных пазух носа следующий: лобных — 21,7%, гайморовых— 55,5%, решетчатых — 3,8%, основной—1,1% и комбинированных травм придаточных пазух носа— 17,8%.

4. По статистике за прежние войны 0,04—2% всех огнестрельных ранений сопровождались травмой гортани или трахеи, а травму глотки имели около 1,5% всех раненых. По нашим данным; огнестрельные повреждения гортани и трахеи имели 0,3—0,35% раненых, а травму глотки только 0,13%.

По роду ранящего оружия при ЛОРтравме, так же как и при других ранениях, на первом месте стоят минные ранения (39%), на втором месте пулевые (21,7%), на третьем — осколочные артиллерийские (19,5%).

Раны от остальных видов оружия встречаются реже, что видно **и»** следующих данных:

Характер ЛОРранений по виду оружия

	%
Мина	39,0
Пуля	21,7
Артснаряд	19,5
Авиабомба	6,6
Ручная граната	4,0
Комбинированное оружие	1,5
Холодное оружие	0,3
Невыясненное оружие	7,4

Общее число контуженных составляет по официальной статистике 2,5—*3,5% всего числа пострадавших в боях. По некоторым данным (А. И. Титов), в период упорных, напряженных боев число контуженных значительно больше и достигает 5 и даже 10% всего числа пораженных в боях. Вся эта группа пострадавших должна быть осмотрена ЛОРспециалистом. По данным А. И. Титова, проводившего специальную работу в действующей армии на всех этапах эвакуации, оказывается, что % всех контуженных жалуются на заболевания ЛОРорганов и у них отмечаются объективные ЛОРсимптомы (расстройство слуха, речи, обоняния, вестибулярно-вегетативные нарушения и т. п.). Приблизительно у половины всех контуженных ЛОРсимптоматика преобладает над другими расстройствами. Разумеется, эту группу контуженных ЛОРспециалист должен не только осмотреть, но и взять под постоянное наблюдение.

Из ЛОРсимптомов чаще всего встречается понижение слуха и расстройства речи.

Основные ЛОРсимптомы у контуженных

	%
Глухота	16,7
Понижение слуха	44,0
Немота	5,2
Расстройство речи	8,5
Глухота и немота	15,6
Расстройство слуха и речи	10,0

Классификация контузий трудна. В начале войны к группе контуженных относили травматические повреждения без всякого учета характера и особенностей травм этого рода. Во время Великой отечественной войны была выработана классификация этих поражений, в основу которой, по предложению проф. В. И. Воячека, положены:

1) причинный фактор, вызвавший поражение, и 2) специфическая чувствительность пораженного органа.

Эта классификация дает возможность говорить о контузии (закрытой травме) головы или ушного лабиринта в общехирургическом смысле, о баротравме уха, об акутравме слухового органа, о вибротравме ушного лабиринта, наконец, о психотравме центральной нервной системы с симптомами расстройства слуха, речи и т. (ц.

При Л ОРобсл едовании контуженные распределяются по следующим основным группам:

Основные формы контузий

	%
Контузия (ушиб) головы	8,4
Баротравма	39,0
Истеротравма	50,0
Комбинированные поражения	2,6

Более детально распределить ЛОРконтузии по остальным формам пока невозможно, так как классификация была разработана только в конце войны, в течение же всей войны мы просили отмечать только четыре упомянутых формы.

По данным ЛОРстационаров госпитализированные ЛОРбольные составляют 3,5% общего числа больных. Но это число минимальное, так как на некоторых фронтах многие ЛОРбольные лечились в терапевтических или невро-психиатрических госпиталях.

Характер ЛОРзаболеваний по основным группам

		7»
1. Воспалительные заболевания		
носа	(острые	3,0
носа	(хронические	6,3
б) придаточных	(острые	2,9
пазух носа	[хронические	4,6
в) глотки	(острые	5.8
	[хронические	5,2
г) гортани	острые	5,1
	[хронические	4,6
д) уха	острые	18,1
	[хронические	35,0
2. Инородные тела неогнестрельного происхождения в ЛОРорганах		1,2
3. Прочие ЛОРзаболевания		8,2

При анализе этих данных обращает на себя внимание значительное преобладание ушных больных. Число ушных операций также велико и составляет около ’/з всех операций (табл. 1). Это объясняется тем, что во время войны страдающих хроническими гнойными отитами (даже эпитимпанитами) брали на военную службу.

Объем хирургической работы ЛОРстационаров довольно значителен. По нашим данным, через ЛОРстационары прошло около 23 000 раненых (из них более 14 000 закончило лечение) и около 28 000 больных, из которых закончило лечение свыше 24 000. Сделано 12 847 операций по поводу травмы ЛОРорганов и 5 760 операций по поводу их заболевания. ■

Характер хирургических операций представлен в табл. 1 и 2.

Лечение ЛОРраненых, контуженных и больных на фронте проводилось по принципу этапного лечения с эвакуацией по назначению. Поэтому при рассмотрении исходов нужно принимать во внимание этап, о котором идет речь.

По данном, почерпнутым из отчетов главных ото-ларингологов фронтов, в армейском районе лечилось около 1/<3 больных, около x/з контуженных и около 2/з ЛОРраненых. Остальные эвакуировались на фронтовой этап. Здесь в ЛОРотделениях специализированных госпиталей для лечения ранений головы и шеи концентрировались все раненые и больные, прибывшие из ЛОРстационаров армейских госпиталей «голова-шея», и, кроме того, все ЛОРраненые и больные, переведенные по назначению из других отделений и госпиталей. Поэтому в отчетах число ЛОРраненых, контуженных и больных, эвакуированных из армейского района, всегда меньше числа прибывших в ЛОРстационары фронтовых госпиталей. .....

Таблица 1

Операции при ЛОРранениях

Название операции	Количество	%
Операции на ухе:		
атипичная мастоидальная	1325	10,5
атипичная радикальная	409	3,2
Атипичные операции на придаточных пазухах носа:		
гайморовой	915	7,1
лобной	674	4,5
решетчатой	139	1,1
основной	79	0,6
Операции на шее:		
яа глотке	230	1,8
„ гортани	238	1,8
„ трахее	465	3,6
„ пищеводе	128	0,9
Пластические операции на:		
ухе	458	3,6
носу	563	4,4
шее	564	**4,4**
Прочие ЛОРоперапии	2379	18,5
Перевязка крупных сосудов	388	3,0
Другие общехирургические операции	3 966	30,9
Всего. . .	12 847	100,0

Таблица 2

Операции при ЛОРзаболеваниях

Название операции	Количество	%
Радикальная уха	408	7,1
Мастоидальная	961	16,7
Вскрытие мозгового абсцесса	69	1,2
Перевязка яремной вены	48	0,8
Вскрытие поперечного синуса	70	1,2
Операции на придаточных пазухах:		
гайморовой	332	5,8
лобной	83	1,4
решетчатой	102	1,8
Мелкие операции носа	928	16,0
Операции на глотке	437	7,6
„ „ гортани	120	2,1
Трахеотомия	93	1,6
Прочие ЛОРоперации	2109	36,7
Всего. . .	5 760	100,0

Движение ЛОРраненых, контуженных и больных во фронтовом районе показано в табл. 3.

Таблица 3

Движение ЛОРраненых, контуженных и больных во фронтовом районе

	ЛОР-раненые	ЛОРконту-женные	ЛОР-больные
	(в процентах)		
Закончило лечение	25,5	59,56	66,8
Умерло.....	1,0	0,04	0.4
Эвакуировано	65,4	34,6	25,0
Осталось, не закончив лечения	8,1	5,4	7,8

Из табл. 3 видно, что во фронтовом районе заканчивает лечение-25, 5°/о ЛОРраненых, почти 60% ЛОРконтуженных и 66,8% ЛОРбольных. Исходы лечения представлены в табл. 4.

Таблица 4

Исходы лечения ЛОРраненых. контуженных и больных, оставленных на лечение в действующей армии

	ЛОР-раненые	ЛОРконту-женные	ЛОР-больные
	(в процентах)		
Возвращейо в армию:			
в строй	90,3	95,9	90,5
на нестроевую службу .	4,9	3,6-	7,8
Всего возвращено в армию	95,2	99,5	98,3
Уволено в отпуск	0,2	0,1	< ,2
Уволено из армии	0,7	0,27	0,8
Умерло	3,9	0,14	0,7

Из табл. 4 видно, что процент выздоровевших и возвратившихся в армию ЛОРраненых, больных и контуженных достигает 95—99. Приблизительно таковы же цифры исходов лечения и в ЛОРстационарах армейских госпиталей.

В тыл за пределы лечебных учреждений действующей армии эвакуировалось 37,5% ЛОРраненых, 21,4% ЛОРконтуженных и 13,7% ЛОРбольных.

Следовательно, процент ЛОРраненых, оставленных на лечение ’в ЛОРстационарах госпиталей действующей армии, равен 62,5 (2,1% общего числа раненых), процент контуженных — 78,6 (2,7% общего числа пораженных в боях) и процент ЛОРбольных — 86,3 (около 3% общего числа больных).

Хотя эти цифры абсолютно и не велики, но, если принять во внимание размеры санитарных потерь в Великую отечественную войну и вспомнить, что 95—99% всех ЛОРраненых, контуженных и больных, лечившихся в лечебных учреждениях действующей армии, после лечения возвращались в армию (табл. 4), то станет ясна необходимость организации в действующей армии хорошо поставленной ЛОРпомощи раненым, больным и контуженным.

Таким образом, и качественные, и количественные показатели говорят за то, что удельный (вес ото-ларингологии в военное время достаточно высок и должен учитываться при решении организационных и штатных вопросов медицинской службы. Это и было сделано в Великую отечественную войну, когда впервые в истории войн, которые вела русская армия, в медицинской службе Красной Армии была организована специализированная, в том числе и ото-ларингологическая помощь раненым, контуженным и больным.

★

Капитан мел- службы канд. уед. наук В. М. ШПАК

и майор мед, службы Б. Н. ШЛАЙН

ПОСЛЕКОНТУЗИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА СЛУХА И РЕЧИ

В ЛОРотделении нашего госпиталя так называемые контуженные составляли 24,4% по отношению ко всему числу лечившихся раненых и больных. Полную глухоту имели 0,4% контуженных, понижение слуха— 78%, немоту — 0,4%, расстройства речи (заикание, дисфонии и пр.) — 4,7%, глухонемоту—13,2%, расстройства речи и слуха (например, заикание и понижение слуха и др.) — 3,3%. За счет баротравмы можно было отнести 65,3% всех расстройств, за счет истеротравмы — 24,3%, контузии головы — 10,1%', комбинированной травмы — 0,3%. В нашем фронтовом госпитале закончили лечение 71% контуженных, эвакуированы на дальнейшие этапы 18,4%, переведены в другие специальные отделения и госпитали 10,6%.

Из числа контуженных, имевших нарушения слухо-речевых функций, признаны годными к военной службе без ограничений 72,5%, годными к нестроевой службе 17,8%; уволены из армии 6,4%, отпуск получили 3,3%. Этот исход зависит от этиологии и характера послеконтузионных слухоречевых расстройств. Из баротравматиков оказались годными к строевой службе 78,3%, годными к нестроевой службе 16,1%; уволены из армии 3,5%, получили отпуск 2,1%. Из истеротравматиков, годных без ограничений, было 76,2%, годных к нестроевой службе 19,2%; уволены 2,3%, получили отпуск 2,1%. В случаях, связанных с контузией головы: годны без ограничений 38,4%, годны к нестроевой службе 26,9%; уволены из армии 23,2%, получили отпуск 11,2%.

Из приведенных данных видно, что более полно функция поврежденного органа восстанавливается у баротравматиков; при присоединении истерических расстройств число возвращаемых в армию также велико (95,4%), но больше возвращается на нестроевую службу. Наиболее низок процент восстановивших боеспособность в группе пострадавших в связи с контузией головы (закрытая черепно-мозговая травма, коммоционно-контузионный синдром, травматические энцефалопатии).

Произведенный нами анализ 1 318 случаев послеконтузионных расстройств слуха и речи позволяет судить об их разнообразии по генезу, клиническим проявлениям и течению. Тщательное психоневрологическое и ЛОРисследование представляет данные для суждения об этиологии поражения в каждом отдельном случае.

Для баротравмы характерны элементы механического воздействия: грубые изменения барабанной перепонки и среднего уха или разная степень понижения слуха. При акустической травме, как правило, нет внешних отоскопических признаков и значительных поражений функции органа слуха. Резкое понижение слуха при видимой патологии или

без нее, наряду с другими признаками коммоционно-контузионного синдрома (локальные признаки мозговой контузии, послекоммоционная вегетативная дистония, признаки общей контузии и т. п.), — результат аэроконтузии. И, наконец, отсутствие отоскопических, акуметрических и других ЛОРданных, иногда перемежающийся характер снижения слуха с резким диапазоном, наличие невротических реакций без признаков со стороны нервной системы, объективирующих перенесенную контузию, дает основание подозревать психическую травму.

Современные боевые травмы происходят от воздействия одновременно многих факторов. Но для правильного решения санитарно-тактических (эвакуация, направление на специализированное лечение), лечебных и экспертных вопросов необходимо стараться выяснить преобладающий фактор поражения и каждый случай строго индивидуализировать.

Наши наблюдения производились на различных этапах санитарной эвакуации (от фронтового района до госпиталей глубокого тыла) и позволяют сгруппировать случаи послеконтузионных расстройств слуха и речи следующим образом: а) послеконтузионные логоневрозы: первичные и резидуальные дисфонии и дизартрии; б) послеконтузионная глухота и немота функционального типа; в) послеконтузионные энцефалопатии с расстройствами слуха и речи; г) послеконтузионная тугоухость и глухота (поражение звуковоспринимающего аппарата, звукопроводящего аппарата и лабиринта).

Пораженные в боях с послеконтузионными логоневрозами обычно остаются без должной лечебной помощи, так как эвакуации не подлежат; перенесшие их годны к военной службе.

Между тем эта группа пострадавших в боях, особенно если контузия сочетается с ранением, требующим пребывания раненого В госпитале, нуждаются в специальном логопедическом лечении. Это лечение можно поручить соответствующе подготовленным методистам лечебной физкультуры. .

Моносимптомная глухота и немота представляют функциональное расстройство, возникающее вследствие психической травмы или общей контузии легкой степени (сотрясение мозга). Уже по самому характеру травмы можно предполагать, что в происхождении моносимптомной послеконтузионной глухоты и немоты играют роль не грубо органические нарушения, а изменения мозговых функций динамического порядка. За функциональную природу говорит стереотипность клинической картины, сопротивление лечению, наконец, обратимость расстройств.

По нашему мнению, пострадавшие в боях с моносимптомной послеконтузионной глухотой и немотой должны лечиться в ЛОРотделениях фронтовых госпиталей. Методы лечения абортивные. Выздоровевшие годны в строй.'

Особенно пристального изучения заслуживают случаи затяжной и рецидивирующей глухоты и немоты. Среди постконтузионных глухих и немых встречаются симулянты. Конечно, их не может быть в группе контуженных, когда происходит трансформация в иные реактивные состояния (например, ганзеровский синдром), тем более если после снятия глухоты и немоты обнаруживается тот или иной энцефалопатический синдром или заболевание протекает по типу лобно-диэнцефального послеконтузйонного ступора с глухотой и немотой. По нашим наблюдениям, в последних случаях имеется достаточно четко очерченный синдром: фасадная депрессия, заторможенность, повышение мышечного тонуса, вегетативные расстройства.

Послеконтузионные энцефалопатии могут протекать с расстройствами слуха и речи разного типа (например, истеротравматическая глухонемота, аллерсовский лобный синдром с нарушением речевой активности, афазические расстройства.

Послеконтузионная тугоухость чаще всего представляет собой периферическую форму послеконтузионных расстройств слуха. Особенно чувствительны к контузионной травме, по нашим наблюдениям, лица с органом слуха, пораженным или ослабленным предшествующими заболеваниями.

★

Майор мед. службы К. Д. ВОЛКОВ

ЛИПКОПЛАСТЫРНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Вопрос о применении пластырного вытяжения после резекции тазобедренного сустава до сих пор не вполне решен. Единства взглядов и установок в отношении ведения раненых после резекции тазобедренного сустава нет. Наиболее частым способом иммобилизации после резекции тазобедренного сустава является глухая гипсовая повязка. Однако глухой гипс при всех его преимуществах не лишен и некоторых недостатков. Он не дает возможности наблюдать за раневым процессом и такими послеоперационными осложнениями, как задержка гноя в ране, гнойные затеки, остеомиэлиты, тромбофлебиты и особенно флегмоны тазовой клетчатки. Кроме того, у истощенных и ослабленных раненых под глухой гипсовой повязкой образуются пролежни, которые, по нашим наблюдениям, могут быть источником развития сепсиса. В большинстве случаев пролежни вынуждают нас снимать гипсовые повязки и прибегать к повторным ревизиям раны.

За (последние 272 года через наш госпиталь прошел 551 раненый с повреждением тазобедренного сустава. Небольшая их часть оперирована на предыдущих этапах, а более значительная — в нашем госпитале. За редким исключением при всех этих ранениях в течение первых 2—3 месяцев после резекции тазобедренного сустава пришлось сделать дополнительно от одной до трех операций каждому. По данным ряда авторов, смертность после резекции тазобедренного сустава была и продолжает оставаться высокой. В нашем госпитале она равнялась 5,5%. Эти обстоятельства побудили нас в послеоперационном периоде применять пластырное вытяжение, имеющее много преимуществ по сравнению с глухой гипсовой повязкой. Пластырное вытяжение позволяет постоянно наблюдать за раной и своевременно вмешиваться при всех осложнениях. Среднее же физиологическое положение конечности на шине Велера создает исключительно благоприятные условия для хорошего оттока гноя, что способствует быстрейшему заживлению послеоперационной раны. Кроме того, при пластырном вытяжении можно широко пользоваться дренажами. Послеоперационное течение, по нашим наблюдениям, гладкое и дает мало осложнений.

Раненых после резекции тазобедренного сустава мы укладывали на пластырное вытяжение тотчас же после операции. Применяли его и в более поздние сроки, в послеоперационном периоде, главным образом тем раненым, которым резекцию тазобедренного сустава сделали на передовых этапах эвакуации и которые поступили к нам с различными осложнениями. Вытяжение проводилось на шине Велера с грузом на голень от 1 до 1,5 кг и на бедро ют 3 до 4 кг. Дренажами при пластырном вытяжении мы пользовались в тех случаях, когда края раны склеивались раньше, чем раневая полость заполнялась грануляционной тканью. По мере уменьшения раневой полости дренажи подтягивали кнаружи и, когда образовывался узкий неглубокий раневой ход, дренаж

удаляли. После этого лечение раненых пластырным вытяжением зака! чивалось и накладывалась глухая гипсовая повязка на срок до 2 мео цев. Через 2 месяца раненых переводили на гипсовую тазовую повязк с гильзой до нижней трети голени. Это позволяло начать ходьбу.

Мы изучили 20 случаев резекций тазобедренного сустава, произв(денных по поводу тяжелых огнестрельных повреждений. В этой группе от 18 до 20 лет было 3 человека, от 20 до 30 лет — 9, от 30 до 40 лет— 1, от 40 до 50 лет — 7 человек. Осколочные ранения имели 55%, пулевые — 45%.

По характеру повреждения раненые распределялись следующим образом: 4 с повреждением шейки бедра, 4 с повреждением шейки и головки, 4 с повреждением вертлужной впадины и головки, 5 с повреждением большого вертела и шейки бедра, 3 с подвертельным переломом.

В большинстве случаев повреждения тазобедренного сустава протекали очень тяжело; 14 человек поступили с далеко зашедшими нагноительными процессами, с нарастающими явлениями интоксикации, с септическими явлениями и со значительными разрушениями костных элементов сустава.

Оперативные вмешательства и пластырное вытяжение мы производили в различные сроки.

Сроки оперативного вмешательства с момента ранения	Количество	Сроки наложения пластырного вытяжения после резекции тазобедренного сустава	Количество
От 3 до 5 дней . .	1	В 1-й день после резекции	10
» 5 . Ю » . .	3	От 5 до 10 дней . . .	1
. 10 . 20 , . .	5	» 20 . 30	1
. 20 . 30 , . .	3	. 30 . 40 , . .	3
„ 30 . 40 , . .	2	, 40 , 50 , ...	2
. 40 . 50 » . .	2	. 50 , 60	2
„ 50 . 60 . . .	3	. 70 . 80 , ...	1
, 70 , 80 » . .	1		

На предыдущих этапах было оперировано 7 человек и в нашем госпитале— 13. Резекция производилась по способу Лангенбека и делалась поднадкостнично. Из 13 оперированных на нашем этапе 10 раненым пластырное вытяжение наложено тотчас же после операции. Троим была наложена глухая гипсовая повязка. Клиническое течение во всех 10 случаях гладкое, каких бы то ни было дополнительных операций производить не пришлось. У 7 раненых, которым резекции тазобедренных суставов были сделаны на предыдущих этапах эвакуации, и у трех, леченных у нас кокситными гипсовыми повязками, мы в связи с ухудшением состояния вынуждены были снять гипс и произвести дополнительные операции. После этих операций было применено пластырное вытяжение и в дальнейшем клинический процесс шел гладко. У раненых, оперированных на предыдущих этапах, чаще всего мы наблюдали остеомиэлиты и недостаточный отток гноя из полости раны.

Для иллюстрации приводим истории болезни трех раненых.

1. Красноармеец К. П., 20 лет. 23.XII.1944 г. получил сквозное пулевое ранение правого тазобедренного сустава. 24..XII в МСБ произведено рассечение ран входного и выходного отверстий с удалением свободно лежащих костных отломков. 25.XII на рентгенограмме установлен перелом шейки бедра. 26.XII произведена операция: удалены головка и шейка бедренной кости. К нам поступил 21.1.1945 г. в тяжелом состоянии. Снята кокситнаи повязка. Рана на внутренней поверхности бедра размером 5 ХЮ см, иа наружной поверхности в области большого вертела размером 10 Х 15 см с небольшим гнойным отделяемым, вялыми грануляциями и узким раневым ходом. 25.1 под хлорэтиловым наркозом рана расширена тупым путем; выделилось около 100 см^3 гноя. Пластырное вытяжение применено с 25.1 по 20.Ш. С 20.Ш

до 14.У наложена гипсовая повязка. Общее состояние раненого хорошее. 16.У гипсовая повязка снята, произведена рентгенография, обнаружен анкилоз резецированного тазобедренного сустава. Движения сустава отсутствуют, рана поверхностная, с наружной стороны размером 3 Х 6 см, с внутренней—1Х3 см. 18.У наложена гипсовая тазовая повязка с гильзой до нижней трети раненой конечности. Раненый ходит при помощи палочки.

2. Раненый К. Я., 1921 г. рождения. Ранен 21.1.1945 г. Диагноз — подвертельный аерелом левого бедра вследствие слепого пулевого ранентя левого тазобедренного устава. 25.1 в МСБ произведено рассечение раны. 3.П в СЭГ вторичная хирургигеская обработка: удалены свободно лежащие костные отломки. К нам поступил 2.11 в глухой гипсовой повязке. В связи с ухудшением общего состояния гипсоая повязка снята. На рентгенограмме и клинически — подвертельный перелом, осложнившийся гнойным кокситом. 25.11 произведена операция: разрушенная головка [шейка вместе с большим вертелом удалены, бедренная кость спилена в пределах здоровой костной ткани с диастазом в 10 см. 'В этот же день наложена глухая гипсовая повязка. Общее состояние снова стало ухудшаться, температура все время высокая. 7.Ш гипсовая повязка снята, края раны склеившиеся, бедро слегка отечно. Под хлорэтиловым наркозом рана расширена тупым путем; при этом выделилось около 80 см^3 гноя; вставлен резиновый дренаж, и в этот же день установлено пластырное вытяжение. 20.У рентгенография: весь диастаз между вертлужной впадиной и резецированным концом бедренной кости на протяжении 10 см заполнен молодой костной тканью. При наружном осмотре рана заметно сузилась, неглубока. 21.У наложена большая глухая гипсовая повязка. 15.VI раненый эвакуирован в хорошем состоянии.

3. П. Н., 19 лет. 14.1.1945 г. слепое осколочное ранение левой подвздошной области с повреждением левого тазобедренного сустава. В день ранения в МСБ сделано рассечение раны. 20.1 произведена -рентгенография: у верхнего края вертлужной впадины определяется металлический осколок размерами 1,5Х3 см. 21.1 в ХППГ рана расширена, удален металлический осколок. 1.11 поступил к нам в госпиталь в шине Крамера в состоянии средней тяжести с температурой 38,3°. На наружной поверхности верхней трети левого бедра глубокая гнойная рана размерами 8Х15 см с инфильтратом по окружности. 3.П повторная рентгенография: контуры вертлужной впадины неровные, суставная щель сужена>. Температура продолжает держаться выше 38°. Общее состояние значительно ухудшилось, пульс 126 в минуту, среднего наполнения; язык сухой, обложен. 12.11 произведена резекция левого тазобедренного сусгава. При вскрытии сустава выделилось около 60 см^3 гноя. При ревизии обнаружено: головка кости изъедена, передний наружный край вертлужной впадины разрушен, шейка резецирована и удалена вместе с головкой, вертлужная впадина выскоблена острой ложечкой. В тот же день после операции применено пластырное вытяжение. Послеоперационное течение гладкое. 20.III пластырное вытяжение заменено кокситной гипсовой повязкой. Состояние все время хорошее. 19.У гипсовая повязка снята: раиа неглубокая 3Х6 ом, с небольшим гнойным отделяемым. Движения в левом тазобедренном суставе отсутствуют. На рентгенограмме обнаружен анкилоз левого тазобедренного сустава. Наложена тазовая гипсовая повязка с гильзой до нижней трети левого бедра. Раненый ходит с палочкой и свободно становится яа больную ногу.

После лечения пластырным вытяжением 10 человек эвакуированы в тыл в хорошем состоянии, с оформившейся костной мозолью и в кокситных гипсовых повязках. Пяти раненым с намечающимся анкилозом тазобедренного сустава наложены гипсовые тазовые повязки с гильзой до нижней трети бедра. Двое раненых с образовавшимся анкилозом ходят в гипсовых повязках при помощи одного костыля; 2 человека с анкилозом тазобедренного сустава ходят без гипсовых повязок. Один раненый умер от сепсиса.

После резекции тазобедренного сустава мы широко применяли общеукрепляющее лечение, переливание крови, жидкости Петрова, сульфамидотерапию в различных комбинациях, капельное переливание физиологического раствора до 2 л и более в сутки, глюкозу внутривенно, уротропин, витаминотерапию и лечебную гимнастику.

★

Майор мед, службы Н. А. КУЛИЧКОВ

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ВНУТРИВЕННОЙ СЫВОРОТОЧНОЙ ТЕРАПИИ В БОРЬБЕ С ГАЗОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ[1]

Из 468 раненых, лечившихся в нашем ППГ за время с июля 1942 г. по май 1944 г., газовой инфекцией заболело в среднем 2,2%; в разные месяцы этот процент колебался от 0,69 до 5,6.

В апреле 1944 г., когда армия действовала на территории Галиции, заболевания наблюдались чаще, причем резко увеличилось количество случаев отечной формы (до 56%). Последнее подтверждено патологоанатомическими исследованиями трупов умерших от анаэробной инфекции: газовая форма найдена в 13 из 33 случаев, смешанная газово-отечная— в 4 случаях и отечная —в 16 случаях (прозектор АПАЛ— майор мед. службы Яковлев).

Клиническое течение отечной формы характеризовалось большой злокачественностью — сильно выраженной общей интоксикацией еще до появления отчетливых местных симптомов.

В предшествующие месяцы резко преобладала газовая форма.

Сводные данные о локализации анаэробно™ процесса и смертности, в зависимости от локализации раны, представлены в следующей таблице.

Локализация	Всего случаев (в '/о)	Умерло (в %)
Предплечье . . .	8,4	11,9
Плечо	23,7	28,2
Грудь	5,2	68,8
Голень	32,2	24,3
Бедро	25,2	53,6
Ягодица.....	5,3	72,4

Наибольшая смертность наблюдалась при локализации в области ягодиц, груди и бедра. Это зависело от повышенной быстроты и степени всасываемости токсинов.

Основой лечения раненых с газовой инфекцией было раннее активное хирургическое вмешательство, проводимое по общим правилам. После мер хирургического порядка главное значение имеет внутривенная противогангренозная сывороточная терапия. Мы применяли сыворотку таким образом:

1. Если общее состояние раненого было удовлетворительным, а газовая инфекция не распространилась далеко за пределы раневого канала, явления осложнения не резко выражены (без газовой крепитации — первая фаза осложнения), то после оперативного вмешательства внутривенно вводилось 15 000 АЕ противогангренозной сыворотки. Через 5—7 часов эту дозу вводили повторно. В дальнейшем вводилось по 10 000 АЕ ежедневно до появления надежных признаков купирования осложнения (стойкое снижение температуры тела, улучшение общего состояния, уменьшение отека, резкое увядание всех местных явлений). При локализации осложнения в этой начальной фазе в области груди, ягодиц, верхней и средней трети бедра и плеча первая доза сыворотки увеличивалась до 25 000 АЕ; через 5—7 часов эта доза повторялась, ,а в последующем ежедневно вводилось по 15 000 АЕ.

2. При выраженных флегмонозных явлениях с наличием газовой крепитации после операции вводилось 25 000 АЕ противогангренозной сыворотки. Через 5—7 часов эта доза повторялась, а потом ежедневно вводилось по 15 000 АЕ.

При локализации осложнения в этой фазе в области груди, ягодиц, верхней и средней трети бедра и плеча первичная и вторичная (через 5—7 часов) доза сыворотки увеличивалась до 50 000 АЕ, а в последующем ежедневно вводилось до 25 000 АЕ каждый раз.

[1] Доклад на 3-й врачебной конференции М-ской армии 1-го Украинского фронта 18.У.1944 г.

3. После ампутации конечности по поводу газовой инфекции для предупреждения рецидива также проводился курс внутривенной серотерапии. При этом вначале вводилось 50 000 АЕ противогангренозной сыворотки, через 5—7 часов эту дозу вводили повторно, а затем ежедневно — по 25 000 АЕ.

4. При локализации резко выраженного гангренозного процесса в области груди, ягодицы, верхней и средней трети бедра и плеча доза сыворотки, вводимой первично и повторно (через 5—7 часов), увеличивалась до 100 000 АЕ, а при ежедневных последующих инъекциях — до 50 000 АЕ.

В общем купирование местных и общих признаков осложнения в наших случаях наступало после 3—5-дневного курса внутривенной серотерапии.

При сывороточном лечении большое значение имеет многократное переливание крови, уменьшающее отрицательные свойства сыворотки. и предупреждающее развитие анафилактического шока. Отчетливо проявляется также субституирующее, стимулирующее, дезинтоксикационное и иммунобиологическое действие перелитой крови.

Мы переливали обычно 250—500 г крови непосредственно перед введением сыворотки (ежедневно или через день), всего 3—5 раз каждому больному.

Осложнения в результате внутривенного введения сыворотки наблюдались нередко: озноб — почти в 90% случаев, сывороточная болезнь — в 45 случаях (в двух формах — кожной и суставной). Типичный анафилактический шок наблюдался 2 раза с летальным исходом в одном случае. Считая профилактику и терапию анафилактического шока трудной и неразрешенной проблемой, мы не во всех случаях вводили сыворотку внутривенно. С сентября 1943 г. в нашем госпитале начали применять противогангренозную сыворотку иначе: а) в случаях осложнения ран газовой инфекцией, явно угрожающей жизни раненого, сыворотку вводили после операции внутривенно до некоторого затихания процесса, а затем внутримышечно до полной ликвидации его, б) в тех случаях, когда осложнение носило более доброкачественный характер и локализовалось на периферии, сыворотку вводили внутримышечно. Иногда, в так называемых безнадежных случаях, мы вводили сыворотку только внутривенно и в больших дозах и получили хороший лечебный эффект.

В заключение приводим сравнительные данные о результатах лечения газовой инфекции обычным методом введения сыворотки в малых дозах только под кожу и внутримышечно и методом внутривенных инъекций сыворотки.

Метод лечения	Всего случаев газовой инфекции	Умерло		Ампутации	
		абс. число	%	абс. число	%
Лечение обычным способом	348	188	54,0	190	54,6
Лечение внутривенным введением сыворотки	120	17	14,1	40	33,3
Итого ...	468	205	43,8	230	49,1

Таким образом, в результате лечения раненых с газовой инфекцией в послеоперационном периоде внутривенным введением сыворотки и переливаниями крови по нашей схеме удалось снизить смертность до 14,1%. Процент ампутаций снижен до 33,3.

Выводы

1. Осложнение ран газовой инфекцией, по нашим данным, наблюдалось в 2,2% случаев.

2. Успех борьбы с газовой инфекцией зависит от ранней диагностики и раннего оперативного вмешательства.

3. Лечение газовой инфекции в послеоперационном периоде по обычному методу (введение противогангренозной сыворотки под кожу, внутримышечно, в малых дозах и пр.) приносит мало пользы: смертность достигает 54%.

4. При послеоперационном лечении газовой инфекции внутривенными введениями противогангренозной сыворотки в сочетании с многократными переливаниями крови смертность снижается до 14,1%, количество ампутаций — до 33,3%.

5. Успех сывороточного лечения зависит не столько от количества вводимой сыворотки, сколько от строгой и определенной системы применения ее, в зависимости от фазы, формы и локализации осложнения и общего состояния организма.

Майор мед. службы П. Н. КОРЫТЬКО

К ВОПРОСУ О НАЛОЖЕНИИ ЖГУТА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ АМПУТАЦИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В современной войне в связи с широким применением противопехотных и противотанковых мин травматические ампутации конечностей встречаются значительно чаще, чем в прошлых войнах.

В собранной нами статистике травматическая ампутация верхних и нижних конечностей составляла 0,82% к общему числу раненых.

Анализируя помощь таким раненым, мы находили много недостатков в ее организации. При больших потоках раненых раненым этой категории часто не уделяется должного внимания, они легко теряются в общей массе. Приходилось снимать с транспортных повозок умерших и умирающих от большой кровопотери в пути, происшедшей из-за неправильно или слабо наложенного жгута на пострадавшей конечности. Встречались также раненые с травматической ампутацией, у которых в операционной диагностировали гангрену всей конечности: жгут был чрезвычайно затянут и оставался дольше 2 часов. Жгут, остающийся на конечности и притом на высоком ее уровне чрезмерно долго, расстраивает кровообращение всей конечности, а это создает условия для быстрого развития раневой инфекции.

Собранные нами данные подтверждают сказанное: всего доставлено в МСБ с травматическими ампутациями 68 раненых; из них 7 человек умерли в пути, 6 человек подверглись ампутации по поводу гангрены конечности, развившейся вследствие наложенного жгута (из них один умер); у 6 человек развилась газовая инфекция {из них двое умерли); у 4 человек — сепсис (из них двое умерли). При наложении жгута для остановки кровотечения в случаях травматической ампутации делается много ошибок с печальными результатами (газовая инфекция, сепсис, высокие ампутации). Мы пришли к заключению, что при травматических ампутациях конечности необходимо накладывать жгут на том месте, выше которого позже будет произведена хирургическая операция;

(усечение). Практически это будет на 4—5 см выше границы отрыва тканей.

Жгут накладывают на сухую кожу обязательно с марлевой или другой прокладкой.

Затягивать жгут в таком случае мы рекомендуем максимально: этим устраняется всякая возможность кровотечения и соскальзывания жгута. Единственным отрицательным моментом является боль в области наложения жгута. Однако боль легко успокаивается после введения морфина и 2°/о раствора новокаина (30—40 см^3) в пределах области наложения жгута по ходу нервных стволов.

Рис. 1

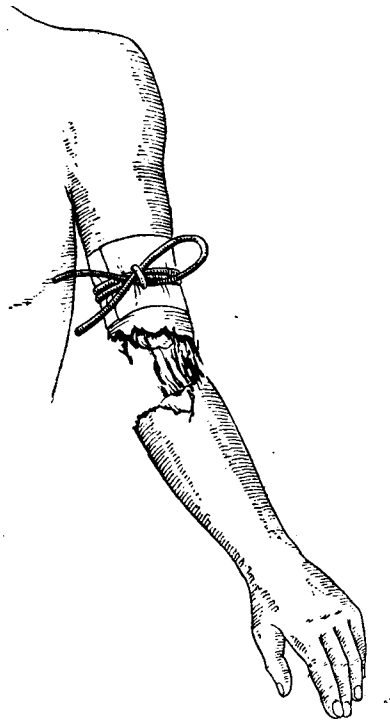


Рис. 2

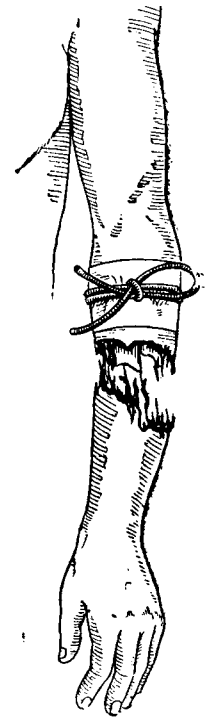


Рис. 3

После ряда занятий с медработниками и демонстрации раненых с отрывом конечностей мы обязывали всех применять этот способ наложения жгута (рис. 1, 2, 3) на всех этапах эвакуации войскового района до М.СБ, где мы возглавляли хирургическую работу. Исключением из этого правила были санитары и санитарные инструктора на поле боя, так как обстановка там не всегда позволяет придерживаться наших указаний. Тем не менее к нам иногда попадали прямо с поля боя раненые с отрывом стопы или кисти со жгутом, наложенным по нашему способу.

Медработникам на БМП вменялось в обязанность тщательно контролировать наложенные жгуты и при возможности перекладывать их на те места конечности, которые мы рекомендовали. При такой организации дела в наш медсанбат раненых с травматическими ампутациями конечности доставляли уже без тех осложнений, которые раньше наблюдались сравнительно часто.

Дистальную размозженную и омертвевшую часть раненой конечности, находящуюся ниже наложенного жгута, мы удаляли, руководствуясь существующими правилами.

Всего доставлено в МСБ с травматическими ампутациями конечностей и жгутами, наложенными по нашему способу, 69 раненых; из них умерло в пути 2; газовая инфекция развилась V одного человека, сепсис — у одного человека; других осложнений и смертных случаев не было.

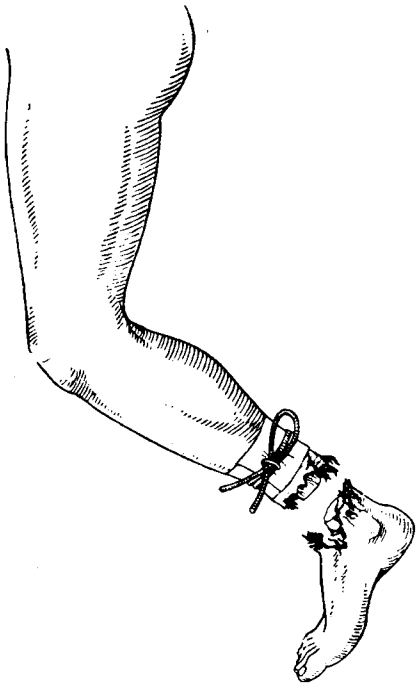


Рис. 4

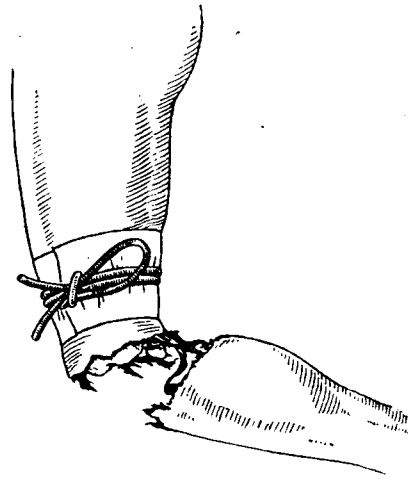


Рис. 5

При сравнении этих данных с приведенными раньше видно, что наложение жгута по нашему способу при травматической ампутации конечности дало хороший эффект.

В пользу нашего способа говорит также то, что при нем сохраняется значительная часть конечности, удобная для протезирования.

★

Майор мед. службы Р. Х. БРАТКОВСКИЙ

16М РАСТВОР СУЛЬФИДИНА ДЛЯ ПАРЭНТЕРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Одной из характерных физико-химических особенностей сульфамидных соединений является их плохая растворимость в воде. При 20° в 1 л воды растворяется всего лишь около 1 г сульфидина. Это обстоятельство значительно затрудняет его применение парэнтерально. Вместе с тем при назначении сульфидина внутрь у больных нередко наблюдаются диспептические явления, связанные, по мнению многих авторов, с раздражением слизистой желудка.

Кроме того, для получения терапевтического эффекта требуются большие дозы медикамента. Наконец, и это главное — парэнтеральное применение является единственным способом назначения сульфидина, если отсутствуют глотательные движения или когда больной находится без сознания.

В литературе имеются указания на попытки вводить внутривенно и внутримышечно относительно хорошо растворимую натриевую соль сульфидина. Так, Маршал и Лонг, Уайтмор, Ройстер и Ридель вводили

внутривенно 5% раствор этой соли. В дальнейшем выяснилось, что раствор нестоек и после стерилизации быстро теряет терапевтическую активность.

Наиболее устойчив 10% раствор натриевой соли сульфидина. При введении его внутривенно 16 больным пневмонией Ройстер и Ридель наблюдали хороший лечебный эффект. Райзфорд использовал 33% раствор этого препарата сульфидина для внутримышечной инъекции. У нас натриевая соль сульфидина была получена несколько лет назад в Москве в лаборатории Магидсона. Проверка в клинике Гельптейна терапевтического действия соли при пневмонии подтвердила лечебную ценность препарата. Однако практического применения этот препарат не получил. Нет также в литературе никаких указаний и на методику его приготовления. Вследствие крайне незначительной концентрации сульфидина мало употребляется в лечебной практике и 0,5% содовый раствор Лепорского. Сравнительно большее применение получил 1О°/о иодистый сульфидин, предложенный Планельесом. Судя по опубликованным данным, этот препарат сульфидина положительно действует при бациллярной дизентерии. Но при внутривенном и внутримышечном введении он вызывает резкую боль и больные нередко от повторных инъекций отказываются. Наблюдались случаи тяжелых осложнений в виде некрозов, тромбофлебитов и параличей. Даже при безупречной технике инъекций в месте введения раствора Планельеса долго остаются стойкие инфильтраты (наблюдения М. Я. Арьева). Эти недостатки препарата Планельеса, известная трудность приготовления его в аптеках и необходимость постоянно иметь раствор сульфидина для парэнтерального ©ведения заставили искать другой раствор, который и удалось приготовить.

Методика приготовления раствора следующая: взвешивают 3 г химически чистого едкого натра и растворяют в 50 мл дестиллированной воды. В этом растворе щелочи растворяют небольшими количествами при энергичном взбалтывании 16 г сульфидина; переводят раствор в измерительную колбу на 100 мл, доливают до метки дестиллированной водой, фильтруют и стерилизуют в водяной бане 10 минут (раствор можно готовить .по весу, как это принято в аптеках).

Стерильный раствор сульфидина представляет собой прозрачную, слегка желтоватую жидкость, pH которой около 10,4—10,6 и удельный вес 1,05. Он достаточно устойчив, хотя Гельштейн считает, что лучше его готовить ех {егпроге и хранить не более 1—2 суток.

По Гельптейну дозировка для внутривенного введения 16% раствора такого сульфидина при крупозной пневмонии следующая: в первые 2 дня 20 мл раствора каждые 12 часов, в 3-й и 4-й день по 10 мл раствора каждые 12 часов, в 5-й и 6-й день — по 5 мл раствора каждые 12 часов.

Общая доза сульфидина на курс лечения 13—15 г. _

Имеющиеся наблюдения свидетельствуют о достаточной эффективности сульфидина при парэнтеральном, в частности, 'внутривенном его введении при дозировке вдвое меньшей по сравнению с назначением его внутрь (цитировано по Гельштейну)[x].

16% раствор сульфидина при внутримышечном введении быстро всасывается, и спустя 20—30 минут после инъекции сульфидин обнаруживается в моче. Это мы установили на основании исследований как здоровых лиц, так и больных с пузырными мочевыми свищами.

[1] Главный терапевт Ленинградского фронта полковник мед. службы проф. Гельштейн, майор мед. службы Шершевский, Методические указания по вопросам военно-полевой терапии, 1944.

После однократной внутримышечной инъекции раствора в количестве 3 мл сульфидин выделяется мочой в течение 1—3 дней. Продолжительность его выведения различна и подвержена, повидимому, значительным индивидуальным колебаниям.

Выводы

1. Полученный нами 16% раствор сульфидина терапевтически активен и при парэнтеральном введении безвреден, не вызывает болей и не дает осложнений.
2. При внутримышечном введении раствор быстро всасывается, причем в моче сульфидин обнаруживается спустя 20—30 минут после инъекции.
3. Полная стерилизация раствора не влияет на его фармакологическое действие.

★

Майор мед. службы С. В. МАКСИМОВ

и старшина мед. службы Я. С. СМЕЛКОВ

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОЛЕБАНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОТМОРОЖЕНИЙ

Вопрос об амплитуде физиологических колебаний температуры конечностей представляет значительный интерес прежде всего для войскового врача и нуждается как в дополнительном изучении, так и в освещении его в современной медицинской литературе. Знание амплитуды физиологических колебаний температуры конечностей необходимо для понимания физиологических и патологических состояний конечностей и механизма действия профилактических мероприятий, предпринимаемых для предупреждения отморожений.

Физиологические колебания температуры конечностей мы изучали у военнослужащих различных возрастных групп. Измерение температуры производилось термоэлектрическим пирометром, построенным по принципу термопары. Для исключения влияния внешних факторов термометрия конечностей производилась в лаборатории при неподвижном воздухе и температуре его в 22—24°. Такие условия, по литературным данным, обеспечивают достижение температурного равновесия кожи и почти полное отсутствие теплоотдачи. Испытуемые перед опытом не производили большой мышечной работы, не подвергались длительному охлаждению и находились в лабораторных условиях до начала измерений не менее получаса. Колебания температуры мы изучали в разных точках правой или левой верхней и нижней конечности: в пальцах, межпальцевых промежутках тыльной части руки и тыльной части стопы. В большинстве опытов изучалось колебание температуры II пальца правой руки, I пальца правой ноги и тыльной части правой стопы, а в части опытов — на обеих верхних и нижних конечностях. Всего было
3 произведено 108 опытов.

Колебания температуры конечностей между завтраком и обедом. Нас интересовал вопрос, можно ли в течение промежутка времени между завтраком и обедом установить определенную постоянную температуру измеряемых точек при полном покое и прекращении теплоотдачи. Измерения температуры производились
, обычно между И и 15 часами. Завтрак был в 8 часов 30 минут.
? 18 обследований показали, что температура измеряемых точек в это время не является стабильной. Вначале температура повышается иногда на 3—4°, затем понижается на 8—9°, причем нижние конечности охлаждаются до 22—18° (т. е. температура их падает ниже температуры воздуха лаборатории).

Так как условия, в которых находятся испытуемые, во время опыта неизменны и исключают теплоотдачу, то колебания температуры конечностей можно объяснить только внутренними, а не внешними причинами.

Сравнивая опыты, произведенные на одних и тех же лицах, в разные один за другим следовавшие дни, мы отметили, что температура конечностей у одного и того же лица в предобеденные часы всегда различна и колебания ее достигают 3—4°. Это заставляет думать, что в

норме колебания температуры конечностей вызываются различными причинами эндогенного порядка. При этом нужно отметить, что температура конечностей (в физиологических условиях) значительно колеблется даже при отсутствии как изменений в теплообразовании, так и изменений температуры в подмышечной впадине. Это обстоятельства обращает на себя внимание, но для выяснения механизма наблюдаемого явления нужны дальнейшие исследования.

В части опытов мы отметили еще один очень интересный факт — кратковременное, продолжающееся около получаса, повышение температуры верхней и нижней конечности на 0,5—1,2°, отмечаемое одновременно с появлением чувства голода и обычно сменяющееся значительным понижением температуры. Это явление (наблюдаемое не всегда) возникает, повидимому, в результате гуморальных влияний и связано с повышением образования парасимпатического медиатора в момент появления чувства голода.

Приведем еще один демонстративный пример влияния внутренних факторов на температуру конечностей. В одном из опытов подопытное лицо незадолго до 14 часов стало ощущать позывы на мочеиспускание, особенно усилившееся около 14 часов 30 минут. Измерения температуры, произведенные вслед за появлением позывов на мочеиспускание, показали кратковременное повышение температуры во всех изучаемых точках.

Колебания температуры конечностей под влиянием приемов пищи. Связывая повышение температуры конечностей между завтраком и обедом с влиянием завтрака, мы произвели 6 опытов, в которых изучали непосредственное влияние завтрака на колебания температуры конечностей. Опыты показали, что завтрак (обычный красноармейский завтрак по второй норме) вызывает повышение температуры конечностей в пределах от 1° до 6°. Повышение температуры начинается не сразу, а спустя 30—60 минут после завтрака и достигает максимума через 3—4 часа. Кроме того, в некоторых опытах вначале наблюдается понижение температуры на 1—3°, длящееся от 30 до 60 минут и сменяющееся резким подъемом. Повышение температуры (сравнительное с имевшейся до завтрака) в большинстве опытов продолжается 3—4 часа и сменяется, как уже указывалось, понижением температуры в предобеденные часы.

Установив размеры и продолжительность вызванного завтраком повышения температуры конечностей, мы решили выяснить изменения ее под влиянием обеда. Шесть опытов показали, что обычный красноармейский обед вызывает повышение температуры конечностей от 3° до 10°, в большинстве опытов достигающее максимума через 4—5 часов после обеда.

Повышение температуры конечностей в 4 опытах наступило сразу после обеда, в 2 опытах на I падьце ноги в первые Р/г—2 часа температура понизилась, а затем резко повысилась.

Несмотря на наметившееся в 6-м часу после обеда падение температуры конечностей, она в это время все же была значительно- (на 3—6°) выше, чем перед обедом. Особенно резкое повышение температуры под влиянием обеда наблюдалось на I пальце ноги, который, как известно, всегда имеет более низкую температуру и дает наиболее высокий процент отморожений.

Приемы пищи вызывают повышение температуры и в подмышечной впадине в пределах 0,3—0,4° под влиянием завтрака и 0,3—0,5° под влиянием обеда. К сожалению, это явление мало подчеркивается в учебниках.

Повышение температуры конечностей под влиянием приемов пищи медики обычно воспринимают как вполне понятный, но не имеющий, практического значения факт. Итоги наших опытов заставляют предо-

стеречь от подобного взгляда. Мы подчеркиваем, что речь идет не о колебаниях температуры в несколько десятых градуса (как в подмышечной впадине), а о повышении ее на 5—10° в частях тела, наиболее предрасположенных к отморожениям. Нельзя забывать об этом также и изучая механизм благоприятного влияния приемов пищи на профилактику отморожений. Мы горячо рекомендуем войсковому врачу помнить о влиянии приемов пищи на температуру конечностей и сообщить об этом факте бойцам и интендантам своей части.

Колебания температуры конечностей под влиянием выпитой горячей воды и ч а я. Для изучения влйяйия горячей воды и крепкого горячего чая сделано 18 опытов. В некоторых опытах мы давали испытуемым только воду или только чай, в других — и чай, и воду, так как хотели, таким образом, получить сравнительную характеристику влияния этих факторов. Исследуемые принимали жидкости в количестве 400 см^3, в большинстве случаев с температурой 40°. В части опытов подопытным ставили задачу выпить как можно более горячую жидкость и тогда температура чая и воды доходила до 60—70°.

Ввиду того что чай бывает двух сортов — богатый кофеином и бедный танинном (байховый) и бедный кофеином, но богатый таннином (кирпичный и зеленый), мы в 4 опытах пользовались кирпичным чаем. Принципиальной разницы в действии байхового и кирпичного чая не отмечалось.

В большинстве случаев после приема горячей в'оды температура конечностей значительно повышается, а после приема крепкого чая такой же температуры, как и вода, падает или только незначительно повышается. Это наблюдалось даже в тех опытах, при которых принималось 400 см^3 чая, имевшего температуру 60—75°. Вода же даже при температуре 40° вызывала значительное (на 0,7—5°) повышение температуры конечностей, державшееся от 30 до 60 минут, а иногда и более. ■

Вопрос о том, под влиянием каких веществ, находящихся в чае, не проявляется действие, свойственное горячей воде, требует дополнительного исследования.

На основании наших опытов мы можем рекомендовать зимой для согревания пить горячую воду, а не крепкий чай. Летом, наоборот, следует пить чай, а не воду.

Колебания температуры конечностей под влиянием согревания области живота. Мы исследовали также .влияние согревания живота (набрюшником и грелками) на температуру конечностей в условиях полного покоя и температурного равновесия их. Для этого сделано 36 опытов, причем согревание области живота начиналось только после прекращения влияния завтрака, когда обнаруживалось постепенное падение температуры конечностей.

Изучению влияния набрюшника мы посвятили 12 опытов и только в одном не получили никакого эффекта. В остальных 11 опытах благоприятное влияние набрюшника на температуру конечностей сказалось резко. Вслед за наложением набрюшника температура конечностей продолжает еще некоторое время падать, затем начинает повышаться, иногда до значительных размеров. Это повышение сменяется постепенным падением, в результате которого конечности вновь достигают температуры, имевшейся перед наложением набрюшника. Наложение набрюшника не только вызывает потепление конечностей, но и отодвигает на значительный срок обычное падение температуры конечностей, наблюдающееся 'между завтраком и обедом.

Падение температуры конечностей после наложения набрюшника продолжалось от 15 до 45 минут и достигало в разных точках от 0,2 до 1,5°.

Повышение температуры, начинавшееся через 15—45 минут после наложения набрюшника, достигало в различных точках от 0,5° до 5° и продолжалось от 30 минут до 2 часов, а иногда и дольше.

В незначительной части опытов в некоторых точках лишь на 30 и более минут прекращалось падение температуры. Но и это также следует считать благоприятным влиянием. В результате повышения или прекращения падения температуры, вследствие наложения набрюшника, через 1 час 15 минут — 2 часа, когда все же начиналось падение температуры конечности, она имела ту же температуру, которая была перед наложением набрюшника.

Таким образом, наложение набрюшника может вызвать временное потепление конечностей на 1—5° и отодвинуть охлаждение их на 1 час 15 минут—2 часа (а иногда и больше).

Для изучения влияния согревания области живота с помощью грелок на колебания температуры конечностей произведено 24 опыта. Эффект грелок во многом очень сходен с эффектом набрюшника. В некоторых опытах вначале также продолжается начавшееся падение температуры, которое затем сменяется повышением. Это повышение более значительно и продолжительно, чем под влиянием набрюшника, и в большинстве опытов наступает немедленно вслед за наложением грелки. Спустя некоторое время температура конечности постепенно начинает падать, несмотря на то, что грелка еще горячая.

Чтобы выяснить вопрос, не связано ли начинающееся падение температуры конечностей с охлаждением химической грелки, мы поставили ряд опытов с водяной грелкой. В этих опытах при согревании области живота температура грелки равнялась 60—65° и колебалась незначительно (в пределах 5—8°). Опыты показали, что и в этом случае подъем температуры конечностей постепенно сменяется падением, хотя согревание области живота и продолжается.

Отметили еще один чрезвычайно интересный факт. Если после 30—45-минутного согревания области живота грелку снять, то вслед за снятием грелки температура конечностей сначала понизится, а затем повысится в некоторых случаях даже больше, чем после наложения грелки и часто тем сильнее, чем слабее была реакция на грелку. Изучением причин и механизма этого явления, равно как и сравнительным изучением различных режимов пользования грелкой нужно заняться особо.

Согревание области живота химической грелкой вызывает быстрое потепление конечностей, достигающее в различных точка/ 1—6°. Это-потепление на значительный срок (около 2 часов, а иногда и больше) отодвигает охлаждение конечностей, особенно нижних (в первую очередь большого пальца ноги).

Влияние согревания одной конечности на колебания температуры других. Общеизвестно, что лица, долго-находившиеся на морозе, охотно согревают у костра, печки и других источников тепла или руки, или ноги отдельно и как будто согреваются. Наблюдая это явление в войсковом районе, мы не раз ставили вопрос,, действительно ли эффективно такое согревание или оно дает кажущийся эффект. Для ответа на этот вопрос было произведено 9 опытов. Изучалось влияние согревания одной конечности (кисти, стопы или бедра) на температуру других. На водяную грелку с температурой воды в 50—60° помещали стопу или кисть таким образом, чтобы пальцы не касались грелки. Для согревания бедра прибинтовывали к нему такую же грелку (на границе верхней и средней трети).

Опыты показали, что при согревании кисти или стопы одной конечности теплеют другие, иногда даже более значительно, чем непосредственно согреваемая. Это потепление начинается сразу на всех конечностях, в различных точках доходит до 1—5° и сменяется затем паде-

нием температуры, несмотря на продолжающееся согревание. Прекращение согревания вызывает новое потепление всех конечностей.

Таким образом, согревание, а потом прекращение согревания кисти или стопы вызывает появление двух волн потепления и ведет к прогреванию всех конечностей. Поэтому можно считать, что согревание одной конечности достаточно эффективно для борьбы с охлаждением других и, чтобы согреть ноги, можно греть руки.

Трех опытов с согреванием бедра недостаточно для выводов, но все же есть основания считать, что при согревании бедра колебания температуры других конечностей несколько отличаются от колебаний, наблюдаемых при согревании кисти или стопы, и не получается указанного выше эффекта.

Влияние движений одной конечности на колебания температуры других. Изучая физиологические колебания температуры конечностей, мы исследовали также влияние движений одной конечности на температуру других. Сделано 15 опытов. При движении ногой производилось сгибание и разгибание в голеностопном суставе и одновременно движение пальцами, при движении рукой — сгибание и разгибание пальцев или сгибание и разгибание в локтевом суставе. Частота движений 10—12 в минуту, продолжительность 8—10 минут.

Опыты показали, что движения отдельной конечности вызывают потепление не только работающей конечности, но и всех других, находящихся в покое. Это потепление на 1—5° в различных точках наступает сразу или через 15—30 минут после начала движений, достигает максимума сразу или через 45—60 минут и сменяется постепенным падением температуры. Во многих опытах движения одной конечности вызвали на находящихся в покое даже более значительное потепление, чем на работавшей. Так, например, сгибание и разгибание в правом локтевом суставе (10 раз в минуту) вызвало более значительное повышение температуры на ногах, чем на руках. Таким образом, опыты ,с движениями конечностей подтвердили хорошо известное на практике наблюдение о благоприятном влиянии движений в борьбе с охлаждением и подчеркивают большую значимость отдельных, на первый взгляд незначительных движений одной конечности.

Войсковой врач должен систематически напоминать о таких явлениях всем красноармейцам и офицерам, вынужденным долго находиться на морозе, особенно снайперам.

Наши опыты помогли установить ряд закономерностей в физиологических колебаниях температуры конечностей. Ответ на вопрос, как будут действовать эти закономерности при длительном охлаждении, могут дать только наблюдения, проведенные в соответствующих условиях.

Ряд факторов, рассмотренных нами, можно использовать для замедления охлаждения конечностей и в известной степени для «эндогенной» профилактики отморожений. Наши опыты позволяют сделать несколько практических предложений.

Желательно, чтобы лица, долго находящиеся на морозе, принимали пищу в течение суток не менее трех раз. Ужин в крайнем случае может быть холодным.

При длительном пребывании на холоде обязательно следует пить горячую воду с температурой в 40° и выше, но не во время приема пи* щи, а отдельно. Горячую воду следует предпочесть чаю. Пить крепкий, хотя бы и горячий чай не рекомендуется лицам, долго остающимся на морозе. Считать желательным утепление области живота набрюшником или грелкой, так как это отдаляет охлаждение конечностей.

Повидимому, наиболее эффективный будет пользование грелкой с перерывами. Такой способ позволит, во-первых, более часто и сильно

согревать конечности, а во-вторых, при нем одной грелкой смогут по очереди пользоваться 2 человека.

Снайперам, разведчикам и другим лицам, которые на холоде не могут делать большие и общие движения, следует рекомендовать чаще двигать пальцами стопы или руки, сгибать и разгибать ногу в голеностопном суставе и т. д., так как даже незначительные движения, в том числе и в немерзнущей, наименее охлажденной конечности, вызывают потепление всех конечностей.

Использование физиологических колебаний температуры конечностей является необходимым звеном индивидуальной и коллективной профилактики отморожений среди личного состава Красной Армии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольдман Д. Г., Лубо В. К., К клинике, лечению и профилактике отморожений. Вып. I, Ленинград, 1938.
2. Милямовка М. Е., К вопросу об изменении кожной температуры. Сообщение 2-е, «О физиологических колебаниях кожной температуры», Физиотерапия, № 5, 1939.
3. Генерал-майор мед. службы проф. Кроткое Ф. Г., Предупреждение отморожений в войсках, Военно-санитарное дело, № 11—12, 1943.
4. Арьев Т. *Я.*, Отморожение, Ленинград, 1938.

★

Капитан мед. службы А. Д. БУРОВ

МЕТОД ПОДСЧЕТА РЕЗУЛЬТАТОВ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ АНАЛИЗОВ ПРИ ПОМОЩИ ТАБЛИЦ

Метод употребления таблиц для подсчета данных, полученных в результате анализов, довольно широко распространен, в технике, статистике, математике и т. п. Достаточно указать на широко распространенные таблицы определения процентов и сортаментов, номограммы и др., в значительной степени упрощающие расчеты.

При работе с вычислениями, подытоживающими данные, полученные в результате анализа, во многих случаях можно заменить сложные виды расчетов (в особенности умножение и Деление) табличными коэфициентами, позволяющими указанные сложные действия заменить простым сложением или вычитанием.

Так, при вычислении калоража пищи по меню-раскладке и на основании анализа при вычислении окисляемости воды и других определениях применение таблиц, как показал опыт, в значительной мере сокращает время производства расчетов и исключает возможные ошибки.

Таблицы для определения состава и калорийности пищи по мен ю-р аскладкам

Таблицы построены следующим образом: в графе слева помечены цифры от единицы до девяти, выражающие в условных единицах количество продуктов, причем каждая единица в таблице соответствует 100 г продукта. В следующих столбцах даны соответствующие цифрам левой графы количества белков, жиров, углеводов и число калорий (нетто). Весовые части меньше 100 г (десятки, единицы, десятые доли грамма и т. д.) находятся 1по таблице путем простого перенесения запятой в соответствующем числе правых граф. Так, например, если произвести расчет калорийности сахара, то 200 г его дают 778 калорий, 20 г — 77,8 калорий, 2 г — 7,78 калорий, 0,2 г — 0,778 калорий.

При вычислении калоража таких продуктов, как картофель, капуста, мясо и т. п., количество белков, жиров, углеводов и калорий легко определится при нормальном объеме отходов; при увеличении количества отходов число белков и жиров соответственно уменьшается.

Например, надо подсчитать, сколько калорий дают 37,5 г комбижира:

30 г..... 260 калорий
7 „ ..... 60 .
0,5 г..... 4,3 калории

Итого 37,5 г..... 324,3 калории

При подсчете состава рациона и калорийности расчет производится следующим образом:

Продукт	Белки	Жиры	Углеводы	Калории
Хлеб — 700 г	38,5	4,2	275,1	1330
Мясо — 144 г.....	23,0	6,1	0,7	155
Картофель — 820 г	8,2	0,8	114,0	516
Итого . . .	69,7	11,1	389,8	2001

Для подсчета суточной калорийности количество белков и углеводов умножают на 4,1, жиров — на 9,3; произведения складывают и получают суточную калорийность рациона.

Например: 1) 69,7 + 389,8= 459,5 г; 2) 459,5 X 4,1 = 1883,95 калории; 3) 11,1 X 9,3 = 103,23 калории; 4) 1883,95 + 103,23 = 1987,18 калории; 0,18 калории отбрасываем.

Таблицы для определения окисляем ости воды

(на 1 л) по количеству потраченного п/юо даствора марганцовокислого калия (по Кубелю) при 100 мл исследуемой воды

Цифры левого столбца обозначают количество потраченного 1/юо раствора марганцовокислого калия на окисление воды в 100 мл. Цифры правого столбца обозначают окисляемость воды, т. е. количество миллиграммов кислорода, ушедшее на окисление органических веществ в 1 л воды.

Пример расчета: на окисление 100 мл испытуемой воды пошло *1/ю»* раствора марганцовокислого калия 9,4 при титре его 10,4. В таблице, соответствующей титру 10,4, находим, что

9 мл соответствует 6,921 мг кислорода,
0,4 мл соответствует 0,307 мг кислорода
Итого 9,4 мл соответствует 7,228 мг кислорода.

Это и есть окисляемость' данной воды.

Таблицы для определения калорийноет'и пищи по оксидо метрическом у методу (по Мусабекову)

Цифры левой графы означают количество миллилитров (см^3) потраченного двухромовокислого калия на окисление 0,5 г продукта. Цифры в правой графе указывают калораж 1 г продукта. Таблица имеет 4 столбца, каждый из которых соответствует тому или иному виду продукта: 1) для смешанной пищи с коэфициентом 3,4; 2) для углеводов

с коэфициентом 3,53; 3) для жира с коэфициентом 3,2; 4) для белков с коэфициентом 3,14.

Пример: следует рассчитать калорийность картофельного пюре. Ив лабораторного анализа нашли, что для окисления 0,5 г картофельного пюре пошло 8,3 мл двухромовокислого калия. По таблице находим:

' 8 мл соответствует 0,5648 калории,
0,3 мл соответствует 0,02118 калории,
Итого 8,3 мл соответствует 0,58598 калории.

Следовательно, 1 г картофельного пюре дает 0,58598 калории, 100 г иродукта дают 58,598 калории.

Если перенести запятую вправо на две цифры, то получается калорийность 100 г продукта; если перенести запятую вправо на одну цифру, получается калорийность 10 г продукта.

Данными таблицами мы пользуемся в течение двух лет и считаем, что они вполне себя оправдали, поэтому и рекомендуем их лицам, вынужденным проводить большое количество математических расчетов.

I. Таблицы для определения состава и калорийности пищи по меню-раскладкам

Условные единицы	1. Хлеб ржаной				2. Хлеб пшеничный второго сорта			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	5,5	0,6	39,3	190	6,9	0,4	45,2	217
2	11,0	1,2	78,6	380	13,8	0,8	90,4	434
3	16,5	1,8	117,9	570	20,7	1,2	135,6	651
4	22,0	2,4	157,2	760	27,6	1,6	180,8	•868
5	27,5	3,0	196,5	950	84,5	2,0	226,0	1185
6	33,0	3,6	235,8	1140	41,4	2,4	271,2	1302
7	38,5	4,2	275,1	1330	48,3	2,8	316,4	1519
8	44,0	4,8	314,4	1520	55,2	3,2	361,6	1736
9	49,5	5,4	353,7	1710	62,1	3,6	406,8	1953

Условные единицы	3. Сухари ржаные				4. Мука пшеничная второго сорта			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	6,7	1,1	63,7	299	8,9	1,2	68,6	328
2	13,4	2,2	127,4	598	17,8	2,4	137,2	656
3	20,1	3,3	191,1	897	26,7	3,6	205,8	984
4	26,8	4,4	254,8	1196	35,6	4,8	274,4	1312
5	33,5	5,5	318,5	1495	44,5	6,0	343,0	1640
6	40,2	6,6	382,2	1794	53,4	7,2	411,6	1968
7	46,9	7,7	445,9	2093	62,3	8,4	480,2	2296
8	53,6	8,8	500,6	2392	71,2	9,6	548,8	2624
9	60,3	9,9	573,3	2691	80,1	10,8	617,4	2952

Условные единицы	5. Мука соевая дезодорированная				6. Макаронные изделия			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	38,0	19,0	20,9	418	9,3	0,5	73,3	344
2	76,0	38,0	41,8	836	18,6	1,0	146,6	688
3	114,0	57,0	62,7	1254	27,9	1,5	219,9	1032
4	152,0	76,0	83,6	1672	37,2	2,0	293,2	1376
5	190,0	95,0	104,5	2090	46,5	2,5	366,5	1720
6	228,0	114,0	125,4	2508	55,8	3,0	439,8	2064
7	266,0	133,0	146,3	2926	65,1	3,5	513,1	2408
8	304,0	152,0	167,2	3344	74,4	4,0	586,4	275'
9	842,0	171,0	188,1	3762	83,7	**4,5**	659,7	3096

Усло~ ные едини- ца	7, Рис				8. Горох			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы!	калории
1	6,5	1.2	71,7	332	19,3	3,2	50,3	315
2	13,0	2,4	143,4	664	38,6	6,4	100,6	630
3	19,5	3,6	215,1	996	57,9	9,6	150,9	945
4	26,0	4,8	286,8	1328	77,2	12,8	201,2	1260
5	32,5	6,0	358,5	1660	96,5	16,0	251,5	1575
6	39,0	7,2	430,2	1992	115,8	19,2	301;8	1890
7	45,5	8,4	501,9	2324	135,1	22,4	352,1	2205
8	52,0	9,6	573,6	2656	154,4	25,6	402,4	2520
9	58,5	10,8	645,3	2988	173,7	28,8	452,7	2835

©Х Ч «Х	9. Крупа гречневая				10. Крупа пшено			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы|	калории
1	8,0	1,6	64,4	312	7,4	1,9	62,4	303
2	16,0	3,2	128,8	624	14,8	3,8	124,8	606
3	24,0	4,8	193,2	936	22,2	5,7	187,2	909
4	32,0	6,4	257,6	1248	29,6	7,6	249,6	1212
5	40,0	8,0	322,0	1560	37,0	9,5	312,0	1515
6	48,0	9,6	386,4	1872	44,4	П,4	374,4	1818 .
7	56,0	11,2	450,8	2184	51,8	13,3	436,8	2121
8	64,0	12,8	515,2	2496	59,2	15,2	499,2	2424
9	72,0	14,4	579,6	2808	66,6	17,1	561,6	2727

©я І ф я	11. Крупа овсяная				12. Крупа пшеничная (по Игнатову)			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	9,6	5,2	63	347	12,2	1,42	59,75	308
2	19,2	10,4	126	694	24,4	2,84	119,50	616
3	28,8	15,6	189	1041	36,6	4,26	179,25	924
4	38,4	20,8	252	1388	48,8	5,68	239,00	1232
5	48,0	26,0	315	1735	61,0	7,10	298,75	1540
6	57,6	31,2	378	2082	73,2	8,52	358,50	1848
7	67,2	36,4	441	2429	85,4	9,94	418,25	2156
8	76,8	41,6	504	2776	97,6	11,36	478,00	2464
9	86,4	46,8	567	3123	109,8	12,78	537,75	2772

а Х ®ф Х л я ф я	13. Крупа манная				**14. Крупа гречневая (концентрат)**			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	8,0	0,8	73,6	342	7,0	10,7	56,0	358
2	16,0	1,6	147,2	- 684	14,0	21,4	112,0	716
3	24,0	2,4	220,8	1026	21,0	32,1	168,0	1074
4	32,0	3,2	294,4	1368	28,0	42,8	224,0	1432
5	40,0	4,0	368,0	1710	35,0	53,5	280,0	1790
6	48,0	4,8	441,6	2052	42,0	64,2	336,0	2148
7	56,0	5,6	515,2	2394	49,0	74,9	392,0	2506
8	64,0	6,4	588,8	2736	56,0	85,6	448,0	2864
9	72,0	7,2	662,4	3078	63,0	96,3	504,0	3222

5 х Усл ные еди цы	15. Каша пшенная (концентрат)				**16. Суп-пюре гороховый (концентрат)**			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	6,4	10,9	54,3	350	13,5	10,1	42,3	323
2	12,8	21,8	108,6	700	27,0	20,2	84,6	646
3	19,2	32,7	162,9	1050	40,5	30,3	126,9	969
4	25,6	43,6	217,2	1400	54,0	40,4	169,2	1292
5	32,0	54,5	271,5	1750	67,5	50,5	211,5	1615
6	38,4	65,4	325,8	2100	81,0	60,6	253,8	1938
7	44,8	76,3	379,1	2450	94,5	70,7	296,1	2261
8	51,2	87,2	433,4	2800	108,0	80,8	338,4	2584
9	57,6	98,1	488,7	3150	121,5	90,9	380,7	2907

»ов- е шш- >» х а> я г	17. Крупа ячневая, перловая				18. Масло сливочное			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	6,7	О;В	67,4	311	1,0	84,0	0,6	787
2	13,4	1,6	134,8	622	2,0	168,0	1,2	1574
3	20,1	2,4	202,2	933	3,0	252,0	1,8	2361
4	26,8	3,2	269,6	1244	4,0	336,0	2,4	3148
5	33,5	4,0	337,0	1555	5,0	420,0	3,0	3935
6	40,2	4,8	404,4	1866	6,0	504,0	3,6	4720
7	46,9	6,6	471,8	2177	7,0	588,0	4,2	5509
8	53,6	6,4	539,2	2488	8,0	672,0	4,8	6296
9	60,3	7,2	606,6	2799	9,0	756,0	5,4	7083

и я >9 ~ О Я	19. Сало свиное топленое (лярд)				20. Сало свиное (шпик)			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	0,4	94,0	_	875	10,5	64,9		647
2	0,8	188,0		1750	21,0 .	129,8	_	1294
3	1,2	282,0		2625	31,5	194,7	—	1941
4	1,6	376,0	—	3500	42,0	259,6	—	2588
5	2,0	470,0	—	4375	52,5	324,5		3235
6	2,4	564,0	—	5250	63,0	389,4	——	3882
7	2,8	658,0	—	6125	73,5	454,3	_	4529
8	3,2	752,0	—	7000	84,0	519,2	_	5176
9	3,6	846,0	—	7875	94,5	584,1		5823

5 » 3 ч « я » ^53	21. Комбижир, компаунжир, маргогусалин				22. Комбижир-сало растительное			
	белки	. жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	_	93,2	——	867	_	90,0	_	837
2	——	186,4	—	1734	—	180,0		1674
3	—	279,6		2601	—-	270,0	—	2511
4	—	372,8	—	3468		360.0	_	3348
5	—	466,0	—	4335		450,0	—	4185
6	—	559,2-	—.	5202	—	540,0		5022
7	—	652,4	—.	6069	——	630,0		5859
8	——	745,6	—• •	6936	—	720,0	_	6696
9	——	838,8	—*	7803	—	810,0	—	7533

10 г- ГНИ- 5>3 ^ Лв 6Д	23. Масло растительное				24. Масло коровье топленое			
	белки	| жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	_	94,0	_	874	_	98,2	_	885
2	—	188,0		1748		196,4		1770
3	—	282,0	—•	2622	—	294,6	—	2655
4	—	376,0	—.	3496	——	392,8		3540
5	——	470,0	—	4370	—	491,0	_	4425
6	■ —	564,0	—.	5244	—	589,2	—	5810
7	—	658,0	—-	6118	—	687,4	—	6195
8	—	752,0	—	6992	—	785,6	—	7080
9	—	846,0	—•	7866	—	883,8	—	7965

. 3 ч « я я « 3 п я >> х 4> х	25. Мясо-говядина (средней упитанности при отходе 18%)				26. Мясо-солонина при отходе 18%			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	16,0	4,3	0,5	1С8	15,0	3,5	_	94
2	32,0	8,6	1,0	216	30,0	7,0	—	188
3	48,0	12,9	1,5	324	45,0	10,5	—	' 282
4	64,0	17,2	2,0	432	60,0	14,0	—	376
5	80,0	21,5	2,5	540	75,0	17,5	—	470
6	96,0	25,8	3,0	648	90,0	21,0	—	564
7	112,0	30,1	3,5	756	105,0	24,5	—	658
8	128,0	34,4	4,0	864	120,0	28,0	—	752
9	144,0	38,7	4,5	972	135,0	31,5	—	846

-Г-— Ч 4* к й Л Х 4> Я	27. Консервы , мясо тушеное’				28. Консервы мясо-бобовые			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	18,0	12,0	1,0	190	10,6	3,3	13,5	128
2	36,0	24,0	2,0	380	21,2	6,6	27,0	256
3	54,0	36,0	3,0	570	31,8	9,9	40,5	384
4	72,0	48,0	4,0	760	42,4	13,2	54,0	512
5	90,0	60,0	5,0	950	53,0	16,5	67,5	640
6	108,0	72,0	6,0	1 140	63,6	19,8	81,0	768
7	126,0	84,0	7,0	1 330	74,2	23,1	94,5	896
8	144,'О	96,0	8,0	1 520	84,8	26,4	108,0	1024
9	162,0	108,0	9,0	1 710	95,4	29,7	121,5	1 152

« о. з л я <у я	29. Колбаса полукопченая				30. Колбаса вареная			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	26,8	19,7	0,7	296	13,4	14,2	4,0	204
2	53,6	39,4	1,4	592	26,8	28,4	8,0	408
3	80,4	59,1	2,1	888	40,2	42,6	12,0	612
4	107,2	78,8	2,8	1184	53,6	56,8	16,0	816
5	134,0	98,5	3,5	1 480	67,0	71,0	20,0	1 020
6	160,8	118,2	4,2	1776	80,4	85,2	24,0	1 224
7	187;в	137,9	4,9	2 072	93,8	99,4	28,0	1 428
8	214,4	157,6	5,6	2 368	107,2	113,6	32,0	1632
9	241,2	177,3	6,3	2 666	120,6	127,8	36,0	1 836

ные еди- ницы	31. Мясокопчености при отходе 1ол				32. Консервы рыбные дальневосточные в собственном соку			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры •	углеводы	калории
1	21,1	12,0		198	18,0	5,0	—	118
2	42,2	24,0	—	396	36,0	10,0	—	236
3	63,3	36,0	- -	594	54,0	15,0	■ •"	354
4	84,4	48,0	_	792	72,0	20,0	—	472
5	105,5	60,0	—	990	90,0	25,0	—	590
6	126,0	72,0	_	1 188	108,0	30,0	——	708
7	147,7	84,0		1386	126,0	35,0	—	826
8	168,8	96,0		1584	144,0	40,0	—	944
9	189,9	108,0	—	1782	162,0	45,0	—	1 062

и о -3 5 * № СГ 24^ >» я <и я	33. Сельдь соленая при отходе 35%				34. Молоко сгущенное с сахаром			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	[углеводы	калории
1	10,8	9,1		129	9,6	9,6	51,0	338
2	21^6	18,2	_	258	19,2	19,2	102,0	676
3	32,4	27,3	—	387	28,8	28,8	153,0	1014
4	43,2	36,4	_	516	38,4	38,4	204,0	1352
5	54,0	45,5	—	645	48,0	48,0	255,0	1690
6	64,0	54,6		774	57,6	57,6	306,0	2 028
7	75,6	63,7	_	903	67,2	67,2	357,0	2 366
8	86,4	72,8	_	1032	76,8	76,8	408,0	2 704
9	97,2	81,9	—	1161	86,4	86,4	459,0	3042

о■3 5 3 ® Н > X 5 X	35. Молоко цельное коровье				36. Картофель при отходе 25%			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	3,1	3,5	4,9	66	1,0	0,1	13,9	63
2	6,2	7,0	9,8	132	2,0	0,2	27,8	126
3	9,3	10,5	14,7	198	3,0	0,3	41,7	189
4	12,4	14,0	19,6	264	4,0	0,4	55,6	252
5	15,5	17,5	24,5	330	5,0	0,5	69,5	315
6	18,6	21,0	29,4	396	6,0	0,6	83,4	378
7	21,7	24,5	34,3	462	7,0	0,7	97,3	441
8	24,8	28,0	39,2	528	8,0	0,8	111,2	504
9	27,9	31,5	44,1	594	9,0	0,9	125,1	567

	37. Картофель сушеный				38. Сушеные овощи—коренья сушеные			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	5,3	0,7	67,2	304	- 0,7	1.7	51,0	228
2	10,6	1,4	134,4	608	1,4	3,4	102,0	456
3	15,9	2,1	201,6	912	2,1	5,1	153,0	684
4	21,2	2,8	268,8	1216	2,8	6,8	204,0	912
5	6,5	3,5	336,0	1520	3,5	8,5	255,0	1140
6	31,8	4,2	403,2	1824	4,2	10,2	306,0	1368
7	37,1	4,9	470,4	2128	4,9	11,9	357,0	1596
8	42,4	5,6	537,6	2 432	5,6	13,6	408,0	1 824
9	47,7	6,3	604,8	2 736	6,3	15,3	459,0	2 052

	. 39. Капуста свежая при отходе 15%'40. Капуста квашеная при отходе 15%							
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	0,9	0,1	3,5	20	0,7	0,3	2,4	15
2	1,8	0,2	7,0	40	1,4	0,6	4,8	30
3	2,7	0,3	10,5	60	2,1	0.9	7,2	45
4	3,6	0,4	14,0	80	2,8	1,2	9,6	60
5	4,5	0,5	17,5	100	3,5	1,5	12,0	75
6	5,4	0,6	21,0	120	4,2	1,8	14,4	90
7	6,3	0,7	24,5	140	4,9	2,1	16,8	105
8	7,2	0,8	28,0	160	5,6	2,4	19^2	120
9	8.1	0,9	31,5	180	6,3	2,7	21,6	135

	41. Свекла свежая при отходе 15%				42. Морковь свежая при отходе 15%			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	1,3	0,1	8,1	39	0,6	0,2	6,3	30
2	2,6	0,2	16,2	78	1,2	0,4	12,6	60
3	3,9	0,3	24,3	117	1,8	0,6	18,9	90
4	5,2	0,4	32,4	156	2,4	0,8	25,2	120
5	6,5	0,5	40,5	195 .	3,0	1,0	31,5	150
6	7,8	0,6	48,6	234	3,6	1,2	37,8	180
7	9,1	0,7	56,7	273	4,2	1,4	44,1	210
8	10,4	0,8	64,8	312	4,8	1,6	50,4	240
9	11.7	0,9	72,9	351	5,4	1,8	56,7	270

	43. Огурцы свежие				44. Лук репчатый при отходе 15%			
	белки	жиры	(углеводы	калории	белки	жиры	(углеводы	калории
1	0,4	0,1	1,1	7	0,9	0,1	7,5	36
2	0,8	0,2	2,2	14	1,8	0,2	15,0	72
3	1.2	0,3	3,3	21	2,7	0,3	22,5	108
4	1,6	0,4	4,4	28	3,6	0,4	30,0	144
5	2,0	0,5	5,5	35	4,5	0,5	37,5	180
6	2,4	0,6	6,6	42	5,4	0,6	45,0	216
7	2,8	0,7	7,7	49	6,3	0,7	52,5	252
8	3,2	0,8	8,8	56	7,2	0,8	60,0	288
9	3,6	0,9	9,9	63	8,1	0,9	67,5	324

	45. Яичный порошок				46. Компот сушеный			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1	39,9	38,7	2,3	^533	1.8		47,2	201
2	79,8	77,4	4,6	1066	3,6	—	94,4	402
3	119,7	116,1	6,9	1599	5,4	—	141,6	603
4	159,6	154,8	9,2	2132	7,2		188,8	804
5	199,5	193,5	11,5	2 665	9,0	—	236,0	1005
6	239,4	232,2	13,8	3198	10,8		283,2	1206
	279,3	270,9	16,1	3 731	12,6	_	330,4	1407
8	319,2	309,6	18,4	4 264	14,4	_	377,6	1608
9	359,1	348,3	20,7	4 797	15,2	—	424,8	1 869

Продолжение таблицы.

а б ж > х 5 я"	47. Сахар-рафинад				48. Сметана			
	белки	жиры	углеводы	калории	белки	жиры	углеводы	калории
1			94,8	389	4,2	24,9	1.7	256
2	—		189,6	778	8,4	49,8	3,4	512
3	•—		284,4	1 167	12,6	74,7	5,1	768
4	—	—•	379,2	1556	16,8	99,6	6,8	1 024
5	—		474,0	1945	21,0	124,5	8,5	1 280
6	•—■	—	568,8	2 334	25,2	149,4	10,2	1536
7			663,6	2 723	29,4	174,3	11,9	1792
8	—	——	768,4	3112	33,6	199,2	13,6	2 048
9	—	—■	853,2	3 501	37,8	224,1	15,3	3 042

II. Таблицы для определения окисляемости воды (на 1 л) по количеству • потраченного п/100 раствора марганцовокислого калия (по Кубелю) на 100 мл испытуемой воды

	9,0	9,1	9,2	9,3	9,4	9,5	. 9'6	9,7	9,8	9,9	
1	0,888	0,879	0,869	0,860	0,851	0,842	0.833	0,124	0,816	0,808	1
2	1,776	1,758	1,738	1,720	1,702	1,684	1,666	1,648	1,632	1,616	2
3	2,664	2,637	2,607	2,58	2,553	2,526	2,499	2,472	2,448	2,424	3
4	3,552	3,516	3,476	3,44	3,404	3,368	3,332	3,296	3,264	3,232	4
5	4,440	4,395	4,345	4,30	4,255	4,210	4,165	4,120	4,080	4,040	5
6	5,328	5,274	5,214	5,16	5,106	5,052	4,998	4,944	4,896	4,848	6
7	6,216	6,153	6,083	6,02	5,957	5,994	5,8з1	5,768	5,712	5,656	7
8	7,104	7,032	6,952	6,88	6,808	6,736	6,664	6,592	6,528	6,464	8
9	7,992	7,911	7,821	7,74	7,659	7,578	7,497	**7,416**	7,344	7,272	9

Продолжение таблицы

	10,0	10,1	10,2	10,8	10,4	10,5	10,6	10,7	10,8	10,9	11,0	
1	0,8	0,793	0,784	0,776	0,769	0,762	0,754	0,748	0,740	0,734	0,727	1
2	1,6	1,586	1,568	1,552	1,538	1.524	1,508	1 ,<96	1,48	1,468	1,454	2
3	**2,4**	2,379	2,352	2,328	2,307	2,286	2,262	2,244	2,22	2,202	2,181	3
4	3,2	3,172	3,136	3,104	3,076	3,048	3,016	2,992	2,96	2,936	2,908	4
5	4,0	3,965	3,920	3,880	3,845	3,810	3,770	3,740	3,70	3,670	3,635	5
6	4,8	4,758	4,704	4,656	4,614	4,572	4,524	4,488	4,44	4,404	4,362	6
7	5.6	5,551	5,488	5,432	5,383	5,334	5,278	5,236	5,18	5,138	5,089	7
8	**6,4**	6,844	6,272	6,208	6,152	6,096	6,032	5,984	5,92	5,872	5,816	8
9	7,2	7,137	7,056	6,984	6,921	6,858	6,786	6,734	6,66	6,606	6,543	9

Примечания:!. Верхняя строчка указывает титр п/100 раствора марганцовокислого калия.

2. Крайние левая или правая графы указывают количество миллиметров п/100 раствора марганцовокислого калия, пошедшего на титрацию 100 мл воды.

III. Таблицы для определения калорийности (1 г) пищи по оксииодометрическому методу (по Мусабекову) при навеске 0,5 г

Смешанная пища		Белковая пища		Углеводистая пища		Жиры		
	3,4		3,14		3,53		3,27	
1	0,068	1	0,0628	1	0,0706	1	0,0654	1
2	0,136	2	0,1256	2	0,1412	2	0,1308	2
3	0,204	3	0,1884	3	0,2118	3	0,1962	3
4	0,272	4	0,2512	4	0,2824	4	0,2616	4
5	0,340	5	. 0,3140	5	0,3530	5	0,3270	5
6	0,408	6	0,3768	6	0,4236	6	0,3924	6
7	0,476	7	0,4396	7	0,4942	7	0,4578	7
8	0,544	8	0,5024	8	0,5648	8	0,5232	8
9	0,612	9	0,5652	9	0,6354	9	0,5886	9

Майор мед, службы Н. И. ЗАДИРАН

ДЕЗИНСЕКЦИОННАЯ УСТАНОВКА ДЛЯ УНИЧТОЖЕНИЯ КЛОПОВ

Установка состоит из парового котла (/), смонтированного на двуколке так, чтобы его можно было легко снять и перенести в любое место. Котел имеет' топку |(9) с дымовой трубой *(10),* отверстие для наполнения водой (2), сухопарник (5) с предохранительным клапаном *(4),* манометр, термометр (5). К сухопарнику монтируется паровыводящая труба (5).

На котле установлены водомерная трубка (7) и кран для спуска воды после работы (6). Паровыводящая труба от сухопарника идет вниз к рабочему месту. На конце этой трубы сделан закрывающий ее вентиль (/2); на паровыводящую трубу надевают шланг *(11),* который за-

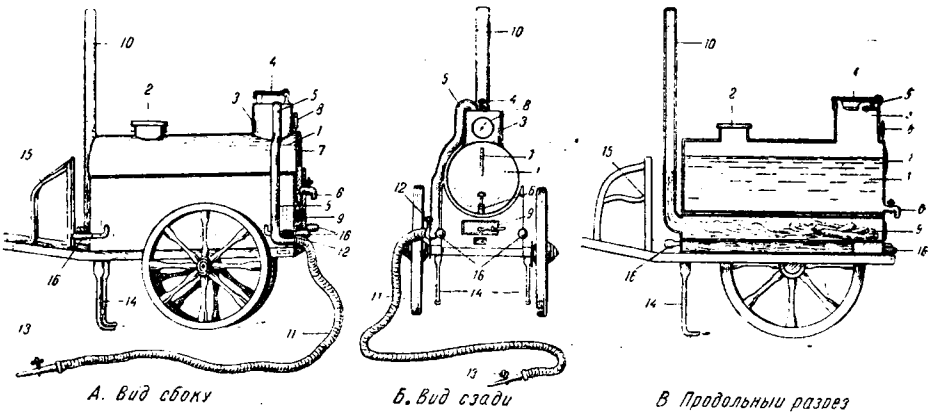


Рис. 1

канчивается брандспойтом. На брандспойте есть вентиль шланга *(13),* которым регулируют выход пара при работе. Диаметр выходного отверстия брандспойта —■ 0,75 см.

При обработке помещений нижних этажей, одноэтажных зданий, бараков и палаток установку подвозят к подлежащему обработке помещению, шланг проводят через дверь или окно, и работа начинается, когда пар в котле достигнет давления в 2—3 атм при температуре 120°.

Пар, выходящий из шланга под давлением и при высокой температуре, проникает глубоко в щели и отверстия обрабатываемых предметов, уничтожая имеющихся там насекомых, их личинки и яйца.

Для обработки помещений в верхних этажах зданий котел снимают с двуколки и устанавливают на ножках в соответствующем этаже. При этом дымовую трубу выводят в дымоход печки или в окно.

★

Майор мед. службы А. Г. КАРАВАНОВ

ПЕРЕЛОМЫ ПОЗВОНОЧНИКА У ЛЕТНОГО СОСТАВА ПО МАТЕРИАЛАМ ЦЕНТРАЛЬНОГО АВИАЦИОННОГО ГОСПИТАЛЯ

(Начальник госпиталя — полковник мед. службы *А. В. Покровский)*

Повреждения позвоночного столба при промышленной и бытовой травме достаточно изучены и освещены в литературе. Этого нельзя сказать об авиационной травме. Между тем значительная часть боевых травм у летного состава приходится на позвоночный столб и спинной мозг.

Массовое применение авиации и воздушных десантов в период Великой отечественной войны дало достаточный материал по травматическим повреждениям позвоночного столба у летного состава, позволяющий сделать некоторые обобщения.

В Центральном авиационном госпитале (ЦАГ) находились на излечении 76 человек с переломами или ранениями позвоночного столба, из них 51 летчик, 14 штурманов, 8 стрелков-радистов и 3 бортмеханика. Тот факт, что первое место в этих повреждениях занимают летчики, объясняется большим удельным весом этой профессии в авиацид.

Чаще всего такие повреждения наблюдаются в истребительной авиации (34 случая); на втором месте стоит авиация дальнего действия (27 случаев), на третьем — штурмовая (8 случаев) И на четвертом — легкомоторная (7 случаев).

В 68 случаях травмы были получены в результате падения самолета и в 8 случаях при спуске на парашютах.

Под термином «падение самолета» мы подразумеваем аварии, связанные с повреждением самолета во время воздушного боя, с ранением летчика, плохими метеорологическими условиями, отказом моторов, неудачной посадкой, капотированием и пр.

В 2 случаях травмы при парашютных прыжках получены в связи с отрывом строп и разрывом купола парашюта во время воздушного боя. Повреждение парашюта приводило к тому, что приземление совершалось очень быстро и сила удара о землю в несколько раз превышала силу удара при нормальном приземлении. В 4 случаях прыжки совершались с небольшой высоты и приземление прыгающего совпадало с моментом полного раскрытия парашюта, который поэтому не мог значительно ослабить динамический удар.

Особого внимания заслуживают 2 случая перелома позвоночного столба у летчиков-истребителей. Оба перелома были получены в воздухе при почти сходных обстоятельствах. Во время воздушного боя были повреждены рули управления самолетов и машины стали пикировать. Когда самолеты находились под углом 60°, летчики решили выпрыгнуть с парашютом. При попытке оставить машину поток воздуха прижал пилотов спиной к фюзеляжу. В это время парашюты открылись сами и летчиков на скорости самолета до 600 км в час вытянуло из кабин. Оба летчика тотчас же почувствовали резкую боль в поясничной области, один при этом ослеп, второй потерял сознание. Приземление в обоих случаях совершилось правильно. При обследовании у первого

был диагносцирован компрессионный перелом II поясничного позвонка и понижение зрения, у второго — вывих поясничного отдела позвоночника и компрессионный перелом VIII грудного позвонка.

Таким образом, при парашютных прыжках было 8 случаев перелома позвоночника, из них в 2 случаях перелом был получен в воздухе и в 6 случаях во время приземления.

Все переломы позвоночника делятся на две группы: закрытые (74 случая) и открытые (2 случая).

Характер (закрытых) повреждений позвоночника таков:

1. Переломы компрессионные..... 52случая
2. , компрессионно-оскольчатые ... 13 случаев
3. , остистых отростков..... 3случая
4. „ поперечных отростков..... 8случаев
5. „ суставных отрсстков..... 2случая
6. Вывихи поясничного отдела позвоночника 2 »
7. Подвывихи..... 4 ,

Локализация повреждений распределяется так: на первом месте стоят повреждения поясничных позвонков: Ь — 17 случаев, Ьц—11, Ьш и — по 4 случая и $Ь_4$ — 3 случая. Второе место по частоте повреждений занимает грудной отдел позвоночника: Буш — 7 случаев, Б1Х и Бхп—по 6 случаев, Бх! и Бу1—по 5 случаев, Бхь Бц и Бщ—по 4 случая, Буи, Бу, Б1 и Б[у — по 2 случая. Третье место занимают* (шейные позвонки: Си, Суп —по одному разу, Сш, Оу. Су—по 2 раза и, наконец, повреждение VI шейного позвонка было обнаружено у 3 пострадавших.

Локализация травм грудного отдела позвоночника при работе в воздухе несколько отличается от травм, наблюдаемых при наземной работе. При наземной травме чаще повреждаются $Б1_X$ и Бхк.

Количество одновременно поврежденных позвонков

Количество позвонков	Какой отдел позвоночника	Количество случаев
5	О,к	1
4	О	1
3	О,С	4
2	В,к	13
1	О,к,С	49
	Всего	68

Некоторый интерес представляет вопрос о количестве одновременно поврежденных позвонков в отдельных случаях (см. таблицу).

В одном случае летчик при падении самолета получил перелом пяти позвонков, причем у него была компрессия Тел трех грудных и двух поясничных позвонков осколочного характера с явлениями сдавления спинного мозга. Второй летчик при спуске с парашютом получил компрессию четырех поясничных Позвонков. В 4 случаях одновременно было повреждено по три позвонка (у троих в грудном отделе и у одного в нижнем отделе шейных позвонков). Наконец, в 13 случаях были переломы одновременно двух позвонков 1(9 случаев повреждений грудного отдела и 4 случая — поясничного отдела). Остальные случаи носили характер изолированных переломов одного позвонка.

Таким образом, по нашим данным, наибольшее количество одновременно поврежденных позвонков падает на грудной отдел. Оскольчатые переломы тел были в 13 случаях. Все они сопровождались компрессией тел позвонков. При этом отмечается некоторая закономерность: в шейном отделе страдал шейный VI позвонок, в грудном—Буп, Буш , Бхп и в поясничном — Ц, Бп, *Ьу.*

По Ротенбергу, чем больше выражен лордоз, тем, скорее нужно ожидать перелома оскольчатого характера. Этой зависимости у наших раненых мы отметить не можем. Из 13 случаев оскольчатых переломов

11 связаны с падением самолета и только в 2 случаях переломы произошли от сильного удара о землю при приземлении с порванным парашютом.

Вывих поясничного отдела позвоночника наблюдался у 2 человек, причем у обоих пострадавших одновременно с этим были диагносцироваиы переломы тел позвонков компрессионного характера. Подвывихи были обнаружены у 4 пострадавших и не имели характерной локализации, т. е. наблюдались в различных отделах позвоночника; все они произошли в результате падения самолета.

Повреждение суставных отростков зарегистрировано только у двух пилотов; произошли они при падении с самолета. У обоих больных были повреждены суставные отростки поясничных позвонков. Ни у одного из них повреждения содержимого спинномозгового канала не было. По литературным данным, изолированные переломы суставных отростков без смещения и повреждения спинного мозга чрезвычайно редки.

Переломы остистых отростков были диагносцированы у 3 больных: в 2 случаях это были изолированные переломы II и V шейных позвонков и в одном — в комбинации с компрессией тела позвонка в грудном отделе.

При открытых повреждениях у одного человека было пулевое ранение области надплечья с повреждением остистого отростка V шейного позвонка и экстрамедуллярным кровоизлиянием. Сейчас же после ранения в воздухе у больного наступили явления парапареза нижних конечностей, однако, летчик посадил самолет нормально.

Значительный интерес представляет второй случай, в котором стрелок-радист получил 'осколочное ранение в спинку носа во время воздушного боя. Осколок пробил твердое небо, корень языка и, повредив тела трех шейных позвонков (Сш, Сху, Су), застрял справа под ключицей, откуда и был извлечен. Имевшаяся у больного неврологичлвИЬя картина трактовалась как повреждение плечевого сплетения. Прибыл к нам в госпиталь для долечивания.

Необходимо остановиться на травмах позвоночника, происходящие при капотировании самолета. Одинаковые обстоятельства происшествия, а также одинаковый тип самолетов должны были бы дать однотипные повреждения. Известно, что при капотировании самолета в первую очередь должны страдать шейные позвонки, так как летчик, резко сгибая голову, получает удар в шейный отдел позвоночного столба. Однако на практике мы наблюдаем, что повреждения при капотировании происходят во всех отделах позвоночника: в шейном Си, Су, Суь в грудном—Эуг, П(х, Пхп,в поясничном—Ьу. Переломы носят характер компрессии тела позвонка. Только у одного больного наблюдался перелом поперечных отростков поясничных позвонков. ПовидиМому, механизм переломов при капотировании самолета чрезвычайно сложен и объяснить его одним падением летчика на голову нельзя.

Переходя к вопросу о повреждении нервной системы при травме позвоночника, нужно сказать, что форма и характер повреждений скелета часто не совпадают с клиническими и патологоанатомическими изменениями со стороны нервной системы. Нередки случаи, когда нарушения скелета позвоночника незначительны или вовсе не определяются, тогда как анатомические изменения в спинном мозгу, найденные на операции или на аутопсии, бывайэт значительными. Примером может служить летчик-истребитель Г-н. Во время воздушного боя при падении с самолетом он получил общие ушибы, ожог лица первой и второй степени; потерял сознание. Когда пришел в себя, владеть конечностями не мог. Доставлен в ЦАГ через сутки после травмы. При обследовании у больного было диагносцировано повреждение спинного мозга в шейном отделе с полным разрывом его. Больной умер через 2 суток. На аутопсии костных повреждений не было обнаружено, тогда как в спин-

ном мозгу было найдено травматическое красное размягчение нижнешейного и верхнегрудного его отдела.

Можно также наблюдать случаи со значительными анатомическими изменениями скелета и малым вовлечением спинного мозга, с незначительными неврологическими данными. Примером такого случая может служить летчик-истребитель Д-ва. Обстоятельства происшествия, при котором он получил переломо-вывих, описаны в разделе о парашютной травме. У этого летчика при значительных явлениях анатомического характера отсутствовали клинические данные, которые указывали бы на повреждение спинного мозга.

Для удобства все переломы позвоночника по степени вовлечения нервной 'системы мы разделили схематично на три группы:

1) случаи с полным перерывом проводимости спинного мозга (параплегии, параличи сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки);

2) случаи, когда повреждения спинного мозга были диагносцированы, но под влиянием терапии или вовсе исчезли, или клиническая картина их улучшилась;

3) случаи, при которых нервная система не была вовлечена, т. е. при помощи доступных методов исследования клинически не было •определено ее повреждение.

К первой группе мы относим только 2 случая. В одном из них летчик-истребитель на взлете зацепился на проезжавший по аэродрому трактор. После падения, по словам стрелка-радиста, больной встал, сделал несколько шагов и упал, после чего движения в ногах были утрачены. Рентгенологически был обнаружен компрессионный перелом Пгх • Клинически — параплегия с арефлексией, аналгезией, нарушением функций сфинктеров, резкие трофические расстройства в виде отеков и пролежней на почве полного перерыва спинного мозга, в грудном отделе позвоночного столба. Больной был оперирован. На операционном столе диагноз подтвердился.

Второй случай описан выше; он закончился смертью.

Во второй труппе было 28 человек. Клиническая картина повреждения спинного мозга у них значительно вариировала: от незначительной гипоалгезии на ограниченном участке до полной параплегии. В 9 случаях в этой группе наблюдались расстройства функции тазовых органов (задержка мочи, отсутствие стула). Длительность этих явлений была различна: от нескольких дней до Р/г—8 месяцев.

Из этой группы особый интерес представляют 3 случая, связанные с падением самолета. В одном из них речь идет о летчике-истребителе, у которого был установлен диагноз компрессионного перелома Ип, Пт. Во втором случае летчик, летающий на легкомоторных самолетах, получил компрессионный перелом Рут, Пу" во время аварии машины. Через несколько часов после происшествия у больных развилась картина острого живота: напряжение мышц брюшной стенки, вздутие живота, задержка газов, частый пульс. Такое состояние продолжалось около 3 суток. Под влиянием консервативной терапии и покоя эти явления прошли.

В третьем случае штурман корабля получил компрессионный перелом Охч . После аварии поступил в один из крупных госпиталей и в тот же день был оперирован по поводу острого живота. В описании операции отмечено, что была найдена забрюшинная гематома. В наш госпиталь поступил через 27г месяца после получения травмы для обследования и решения вопроса о годности к летной работе.

Подобные случаи описаны рядом авторов. Так, Ларин и Яуре подвергли операции больного с компрессионным переломом I поясничного позвонка. Больной погиб через 3 часа после операции. На операционном столе и на вскрытии повреждений внутренних органов не было обнаружено. Такой же случай описывает Петров. Авторы связывают

явления острого живота при компрессионных переломах с раздражением симпатических узлов, вызываемых имеющейся гематомой. К этим[1] же выводам приходит Гейманович, наблюдавший 5 больных с ранением спинного мозга, которым была сделана лапаротомия, но при операции повреждений внутренних органов не было обнаружено.

Приведенные случаи показывают сложность диагностики и возможность при недостаточно четком исследовании больного подвергнуть его ненужной операции. Наряду с этим, зная, что при переломах и ранениях позвоночника часто бывают явления со стороны живота, можно впасть в ошибку, отказавшись от операции там, где она необходима.

К последней группе, у которой клинически повреждений нервной системы не определялось, относятся 47 человек.

Механизм перелома позвоночника у летного состава такой же, как. и при обычной промышленной и бытовой травме, до некоторой степени отличаясь только наличием постоянной значительной инерции.

Этиологическим моментом переломов позвоночника у летного состава является насильственное сгибание туловища, обусловленное силой удара и инерции при фиксированном тазе. Файн, Шанц указывают, что в случаях компрессионных переломов все дело во внезапности аварии и отсутствии приспособляемости.

Кажущийся на первый взгляд несложным механизм перелома позвоночника у парашютистов при приземлении оказывается вовсе не. простым, ибо зависит от почвы, на которую происходит приземление, ветра, времени года и пр. Эти дополнительные факторы усложняют выяснение механизма перелома в отдельных случаях.

Парашют, являющийся единственным средством спасения жизни летчика, в некоторых случаях может нанести прыгающему повреждение.

Оставляя самолет для прыжка с парашютом, человек в нормальных условиях довольно легко переносит удар при его раскрытии, так как этот удар распределяется равномерно по подвесной системе парашюта. В особых случаях летчик, совершая вынужденный прыжок на большой скорости самолета, открывая парашют в самолете, испытывает аэродинамический удар огромной силы, при котором неизбежно наступают стойкие патологоанатомические изменения в его организме. С этой точки зрения только 2 случая, описанные нами выше, заслуживают внимания как примеры специфической травмы летно-подъемного состава.

Механизм перелома в этих случаях, повидимому, был следующий: прижатые потоком воздуха к фюзеляжу самолета, пострадавшие находились в состоянии гиперэкстензии. Раскрывшийся парашют выдернул их из кабины и перевел к резкому состоянию гиперфлексии при одновременном значительной аэродинамическом ударе. Однако количество случаев недостаточно, чтобы сделать окончательные выводы. В этой области требуются дальнейшие наблюдения.

Переломы позвоночника, полученные в связи с падением самолета, чаще всего происходят при ударе, нанесенном в ягодицы, при значительной инерции, преодолеть или ослабить которую летчик мог, если бы пользовался верхними плечевыми ремнями. Чаще всего летчики ими не пользуются, привязывая себя только поясными ремнями (фиксация таза) и увеличивая этим вероятность получения перелома позвоночника.

Не касаясь вопросов симптоматологии повреждений позвоночника, так как они достаточно освещены в литературе, мы хотели бы остановиться на диагностике и лечении этих повреждений.

Диагностика закрытых повреждений позвоночного столба недостаточно разработана. Особенно она страдает при отсутствии рентгенологического исследования. В полной мере это относится и к травмам у летного состава, когда при тяжелой множественной травме просматриваются компрессионные переломы позвоночника. Следствием этого является непра-

вильное лечение, а подчас и инвалидность человека с ценной военной специальностью. Анамнез, тщательное неврологическое и общехирургическое исследование каждого пострадавшего члена экипажа для определения повреждения позвоночника так же необходимы, как и рентгеновский анализ. Сила травматического инсульта при летной травме огромна, а это может служить общим указанием на возможный характер повреждения.

По вопросу о лечении переломов позвоночника единого мнения нет. Белер рекомендует одномоментную репозицию с последующим наложением гипсового корсета.

Джонс, Матти, Шапбауер, Вегнер, Вайнштейн и др. производят вытяжение при помощи наклонной плоскости с последующим наложением гипсового корсета не менее, чем на 6 месяцев, заменяя его затем ортопедическим на такой же срок.

И, наконец, Бауман, Магнус, Гориневская, Древинг, Тяжелкова, Приоров, Базилевская и др. с успехом применяют функциональный метод лечения переломов позвоночника. Применяемый ими метод значительно сокращает сроки лечения и понижает процент инвалидности.

Метод функционального лечения с успехом применялся <и в нашем госпитале.

Как показал опыт нашей работы, необходимость правильного лечения переломов позвоночника у летно-подъемного состава большинством врачей, даже знакомых с этим видом травмы, недооценивалась. В наш госпиталь поступали больные с компрессионными переломами позвоночника, до поступления к -нам лечившиеся от 45 дней до 27а месяцев без гимнастических упражнений, без строгого постельного режима, подчас даже без укладывания на щит. Неправильная методика лечения приводила к неправильным решениям госпитальных комиссий, часто признававших таких больных годными к летной работе без ограничений уже после менее чем трехмесячного лечения. Между тем такую нагрузку на позвоночник, какую имеют летчики, другие военные специалисты не испытывают. Подтверждением этому могут служить наблюдения Лове, описавшего случаи разрывов межпозвоночного хряща у летчиков при пикировании.

Лечение необходимо проводить по календарному плану с соблюдением строгого постельного режима, на жесткой наклонной плоскости, с постепенной комплексной гимнастической нагрузкой, вначале лежа, затем на коленях и, наконец, стоя. Одновременно с дозированной гимнастикой надо применять массаж длинных мышц спины, местные облучения соллюксом и кварцем с последующим переходом к более интенсивным физиотерапевтическим упражнениям в гимнастическом зале. Развившаяся мускулатура в гимнастическом зале шлифуется, отрабатываются силовые упражнения на шведской лестнице и упражнения с медицинболом.

По нашему мнению, занятия на шведской лестнице позволяют индивидуализировать гимнастические упражнения. Упражнения с медицинболом очень интересны, проходят живо и позволяют полноценно отрабатывать мышечную силу, развивая у больного чрезвычайно важные качества, связанные с умением переходить от максимальных мышечных сокращений к полному расслаблению мускулатуры и обратно.

Желательно больных с повреждением позвоночника помещать в отдельные палаты, где бы методист мог проводить гимнастические упражнения одновременно со всеми минимум один раз в день. Два раза в день больные обычно проводят гимнастику самостоятельно.

Сроки лечения пострадавших в случаях, не давших осложнений, не менее 47г—57г месяцев. При этом требуется, конечно, строгое'соблюдение госпитального режима и индивидуализация.

После того как больной начинает ходить, рекомендуются длительные прогулки, совершаемые в значительном темпе. Только к концу пребыва-

ния в госпитале больному разрешают на некоторое время садиться на стул.

С больными необходимо проводить санитарно-просветительную работу, разъяснять важность проводимых мероприятий, подчеркивать, что сохранить летную специальность они смогут только при правильном проведении комплексной терапии. Это важно потому, что через 10—15 дней больные уже чувствуют себя хорошо и, не ощущая болей, недооценивают своего состояния.

При выписке из госпиталя больного нужно проинструктировать о нормах поведения как в отношении подъема тяжестей, дальнейшей гимнастики, так и необходимости спать на жесткой постели еще 12—14 месяцев.

Вопрос о пригодности к летной работе нужно рассматривать тоже индивидуально, но не ранее чем через 10—12 месяцев после травмы. Летный состав на это время (до допуска на летную работу) 2—3 месяца можно использовать на наземной работе.

Летчиков легкомоторной и штурмовой авиации можно допускать к летной работе и раньше чем через 7—8 месяцев после травмы. Наоборот, для летчиков-истребителей и летчиков пикирующей авиации нужно эти сроки удлинять.

Сроки восстановления трудоспособности, по литературным данным, следующие: по Магнусу, только у 50% больных вполне восстановилась трудоспособность через 6 лет. Гауман дает при том же проценте восстановление трудоспособности через 2 года. Согласно указаний Гориневской, только 46% больных вернулось к прежней работе (через 12—16 месяцев для лиц тяжелого физического труда и 5—9 месяцев для легкого). По мнению Приорова, для полного восстановления здоровья необходимо не менее 1%—2 лет.

Немалый интерес представляет вопрос — какое же количество по- г страдавших утратило свою летную профессию в связи с бывшим у них переломом позвоночника.

Для ответа на этот вопрос мы должны разделить больных на следующие группы: 1) больные, продолжавшие лечиться <в госпитале,— ^человек, 2) временно снятые с летной работы в связи с незаконченным курсом лечения, годные к наземной работе, — 12 человек, 3) не явившиеся на повторное комиссование в летно-врачебную комиссию — 9 человек, 4) снятые с летной работы и уволенные с военной службы по другим причинам, но с хорошим результатом в смысле излечения имевшегося перелома позвоночника—3 человека, 5) годные к летной работе—31 человек. Всего 68 человек.

Таким образом, из всего количества больных необходимо исключить 22 пострадавших первой и третьей группы, так как судьба их с точки зрения возврата к летной профессии пока неизвестна.

Из оставшихся 46 человек, получивших перелом позвоночника, только трое окончательно утратили летную профессию и были уволены с военной службы. Причиной демобилизации этих больных были тяжелые заболевания почек и повреждения других органов.

Шесть человек утратили свою летную специальность в связи с переломом позвоночника, но были признаны годными к наземной работе. 31 человек полностью сохранил профессию и 6 человек временно были переведены на наземную работу с переосвидетельствованием через различные сроки.

Выводы

1. У летно-подъемного состава чаще травмируется поясничный отдел позвоночника и особенно I поясничный позвонок.

2. В грудном отделе чаще повреждаются VIII, IX и XII грудные позвонки.

3. Изолированное повреждение одного позвонка чаще бывает в поясничном отделе, тогда как в грудной части позвоночника в больший-, стве случаев повреждается несколько позвонков одновременно.

4. При капотировании самолета можно ожидать переломов позвоночника в любом его отделе.

5. Механизм перелома позвоночного столба у летно-подъемного состава такой же, как при промышленной и бытовой травме. Особенностью является наличие постоянной и значительной инерции и большой силы удара. Это относится как к парашютной травме, так и к случаям падения летчика вместе с самолетом.

6. Неиспользование летчиками верхних плечевых ремней способствует увеличению количества повреждений позвоночника. Необходимо добиться использования верхних плечевых ремней.

7. Функциональный метод лечения более успешен, чем все другие. Однако это не касается случаев, при которых показано оперативное лечение.

8. Лечение должно проводиться строго по индивидуальному плану не менее 47г—бУг месяцев с обязательным инструктажем больного о всех осложнениях, которые могут наступить в случае нарушения им лечебного режима.

9. После госпитального лечения и отпуска летно-подъемный состав до переосвидетельствования следует использовать на наземной работе.

10. Годность к летной работе определяется индивидуально, но допускать к полетам можно не ранее, чем через 10—12 месяцев после травмы.

11. Летчики штурмовой и легкомоторной авиации могут быть допущены к полетам раньше, но не ранее чем через 7—8 месяцев со дня травмы.

12. Особенно осторожно нужно подходить к определению годности к летной боевой работе летчиков-истребителей и летчиков пикирующей авиации, у которых нагрузка на позвоночник наиболее значительна.

13. По нашим данным, процент возвращения в строй равен 63,25.

★

Методист лечебной физкультуры ст. лейтенант мед. службы П. И. АНИКЕЕВ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ ПОСЛЕКОНТУЗИОННОМ РАССТРОЙСТВЕ РЕЧИ (ЗАИКАНИЕ)

Восстановление нормальной речи после контузия проходит через стадию заикания, или дезартрии, причем иногда заикание бывает довольно стойким.

Наши наблюдения показали, что после снятия мутизма необходимо тотчас приступить к активной терапии И методами лечебной гимнастики добиваться восстановления правильной речи. У некоторых больных становится привычкой говорить с заиканием и чтобы вывести их из этого состояния, требуется продолжительное время {месяц и более).

Гимнастика как метод активной терапии при указанном заболевании в ряде случаев дала положительный эффект. Лечебная гимнастика включает дыхательные и активные упражнения без снарядов, со снарядами и чтение специальных текстов. Дыхательная гимнастика координирует взаимосвязь между дыханием и речью, способствуя правильному произношению и разработке размеренного ритма речи. Физические упражнения рассматриваются как организующее начало при упражнении и тренировке центра речи. Наконец, чтение специальных текстов вырабатывает автоматизм, присущий нормальной речи.

Материал лечебной гимнастики ориентировочно распределен на три периода. Последовательный переход от одного периода к следующему производится по возрастающей трудности. Продолжительность каждого занятия, разно как и количество занятий в каждом из периодов, определяет методист лечебной физкультуры, который при этом руководствуется объективными данными состояния больного и результатами воздействия лечебной гимнастики на восстановление речи у больного.

В первом периоде занятия лечебной гимнастикой ограничиваются постановкой дыхания и произношением звуков, слогов и простых дву- и трехсложных слов раздельно по слогам.

Содержание занятий: воспитание дыхания, обучение равномерному и растяжному произношению слогов и, наконец, тренировка в чтении дву- и трехсложных слов по специально разработанной таблице.

Во втором периоде задача лечебной гимнастики сводится к тому, чтобы, закрепляя результаты, достигнутые в первом периоде, добиться правильного и четкого произношения простых слов, сложных слов слитно, растягивая последний слог, и фраз из двух простых слов.

Содержание занятий: однократное и многократное произношение слогов и простых слов при выполнении гимнастических упражнений без снарядов и со снарядами, обучение произношению сложных слов и тренировка в произношении фраз из двух простых слов — чтение специально разработанного текста (см. текст 1).

В третьем периоде занятий больные совершенствуются, ставя перед собой как конечную цель полное восстановление нормальной речи.

Содержание занятий: повторение и совершенствование в усвоении материала второго периода, обучение произношению фраз из трех слов, тренировка в размеренной речи и произношение сложных предложений и чтение текста 2, а также из книг и газет.

Занятия по лечебной гимнастике проводятся индивидуально. Можно, впрочем, создать группу не более 2—4 человек, но тогда необходимо подобрать больных с незначительной степенью заикания. .

Кроме занятий в кабинете лечебной физкультуры под руководством методиста., больному на каждом занятии дают консультацию по вопросам самостоятельной тренировки речи в разговоре с товарищами по палате и в чтении слов, фраз и предложений из таблиц и текстов.

Типовые комплексы занятий по лечебной гимнастике при заикании

Комплекс 1 — первый период

1. Исходное положение — лежа на спине. Дыхательные упражнения, воспитывающие грудное н диафрагмальное дыхание — 2—3 минуты.

2. Исходное положение — сидя на стуле. Скрестив пальцы, поднести кисти рук к подбородку ладонями, обращенными вперед, — вдох.

Опустить кисти рук в исходное положение — выдох через губы, сложенные в трубочку, — 2—3 раза.

3. То же, но со звуками «з», «ж», «пи», «лю», «ти», «ди», «па», «фа», «ра».

4. Исходное положение — сидя на стуле. Опираясь кистями рук о колени, наклониться вперед и многократно повторять перечисленные выше слоги на одном выдохе.

5. Чтение дву- и трехсложных слов из таблицы I и II разделов по вертикали и горизонтали — 3—5 минут.

6. Консультация и задание на дом.

Комплекс 2 — второй период

1. Исходное положение — сидя на стуле. Дыхательные упражнения — 2—3 раза.

2. Исходное положение — то же. Опираясь кистями рук о колени, наклониться вперёд и на выдохе произносить звуки и слоги из простых слов «з», «ж», «пи», «лю», «па», «по», «ди», «та», «ра».

3. Исходное положение — руки на пояс. Отвести локти кзади — вдох и на выдохе многократно произносить перечисленные выше слоги.

4. Исходное положение — пальцы «в замок». Поднять кисти рук к подбородку — вдох. Опустить руки в исходное положение — выдох с однократным произношением простых двусложных слов: «пара», «люди», «тара», «воля».

5. Исходное положение — стоя. Поднять руки и заложить кисти за голову — вдох. Опустить руки вниз — выдох с многократным произношением перечисленных выше слов.

6. Исходное положение — стоя с медицинболом в руках. Поднять медицинбол перед собой вверх—вдох. Опустить медицинбол в исходное положение — выдох с произношением трех-, четырех- и пятисложных слов: «паратиф», «парафин», «карантин», «выдержали», «догоняли», «атакованный».

7. Исходное положение — сидя на стуле. Чтение слов из таблицы III и II разделов по вертикали и горизонтали.

8. Чтение фраз, составленных из двух простых слов, из текста 1.

9. Задание на дом.

Комплекс 3 — третий период

1. Исходное положение — сидя на стуле. Руки на пояс, отвести локти кзади — вдох и на выдохе произносить труднопроизносимые звуки и слова, избегая сдваивания.

2. Исходное положение — стоя с палкой в руках. Поднять гимнастическую палку перед собой на прямые руки вверх и положить за голову на плечи — вдох. Опустить палку в исходное положение — выдох с многократным произношением дву- и трехсложных слов: «надо», «врага», «красная», «боевые», «парафин», «паратиф», «карантин».

3. Исходное положение — стоя с медицинболом в руках. Поднять -медицинбол на выпрямленных руках вверх —• вдох. Опустить медицинбол в исходное положение — выдох с произношением фраз из двух простых слов: «парафин горячий», «Красная Армия», «паратиф болезнь», «карантин выдержали».

4. Исходное положение — поставить правую ногу ступней на сидение стула, кисти рук на колено •— вдох. Наклониться вперед, припадая грудью на бедро ноги, — выдох с произношением фраз из трех слов: «паратиф болезнь опасная», «парафин будет горячий», «Красная Армия наступает», «кивантин надо выдержать».

5. Исходное положение — сидя на стуле. Чтение текста 2 предложениями.

6. Чтение текста из газеты и книги.

7. Задание на дом.

Читай не спеша, растяжно, по слогам каждое слово первого и второго столбцов

Следи за дыханием

Таблица слов

А-ня	Ар-ми-я	Атако-вать	Атакован-ный
Бу-ду	Бо-лез-ни	Боевы-е	Барабан-щики
Вра-га	Вто-ро-го	Выдержа-ли	Василевская
Го-ра	Глав-но-е	Г ерман-ские	Госуларствен-ный
Де-ти	До-го-вор	Догоня-ли	Динамичес-кий
И-ва	Ев-ро-па	Еловы-е	Евпатори-я
Жа-ра	Жар-ко-е	Жестоки-е	Желтовата-я
Зи-ма	За-да-чи	Золоты-е	Зай одержа-тель
И-ра	И-ри-на	Инород-цы	Империа-лизм
Ка-тя	Крас-на-я	Колхоз-ный	Коллектив-ный
Ле-то	Ле-нин-град	Ленинс-кое	Л юбознатель-ны й
Ма-ма	Ма-ли-на	Миротвор-цы	Метрополи-тен
На-до	На-ро-ды	Наверня-ка	Наступле-ние
О-ля	Па-ра-тиф	П ротив-ника	Продви-жение
Ре-ку	Ро-ди-на	Резер-вы	Разгова-ривать

Са-ша	Ста-лин-град	Совет-ский	Социалисти-ческий
Та-ра	То-по-ры	1 рофей-ные	Триумфаль-ное
У-фа	У-ва-жать	Уничто-жать	Уваже-ние
Фи-та	Фрон-то-вой	Форсировать	Федератив-ный
Ха-та	Хо-ро-шо	Хоро-шая	Хорошень-кая
Це-пи	Цеп-на-я	Целлулоид-ная	Целеустремлен-ный
Чи-тать	Чи-та-ли	Чистильщи-ки	Чрезвычай-ный
Шу-ра	Ше-ве-лить	Штукатур-ка	Шестигран-ный
Ща-вель	Щед-рос-ти	Щепетиль-ный	Щепетильна-я

Читай не спеша, окончание каждого слова растяжно

Следи за дыханием

• Текст! (второй период)

1. На-ши зада-чи
2. Форсиро-вать ре-ку
3. Красна-я Арми-я
4. Пара-тиф бэ-лезнъ
5. Глав-ное атаковать
6. Бу-ду равтовари-вать
7. На-ши резер-вы
8. Уничто-жать против-ника
9. Топо-ры трофей-ные
10. Зи-ма жесто-кая
11. Оборо-на против-ника
12. Фронто-вой Ленин-град
13. Выдержа-ли ата-ки
14. Совет-ский дого-вор
15. Ха-та хоро-шая
16. Вра-га уничто-жать
17. На-до ува-жать
18. Жар-кое ле-то
19. Хоро-шая ре-ка
20. Са-ша любознатель-ная
21. Мали-на хороша-я
22. Наверня-ка уничто-жать
23. Оля любознатель-на
24. Совет-ские резер-вы
25. Барабан-щики выдержа-ли
26. Боевы-е зада-чи
27. Фашист-ская ар-мия
28. Опера-ция против-ника
29. Штукатур-ка хороша-я
30. Боевы-е резер-вы

Чьтай не спеша, растяжно и ритмично

Следи за дыханием

Текст 2 (третий период)

1. Задачи Красной Армии — наступать
2. Паратиф — болезнь опасная
3. Я буду хорошо разговаривать
4. Надо атаковать противника
5. Врага надо уничтожать
6. Триумфальное наступление Красной Армии
7. Наши боевые резервы неисчислимы
8. Атаковать противника — наша задача
9. Дети болели паратифом.
10. В жаркое лето хорошо на, реке
11. Наступление Красной Армии продолжается
12. Разгром немецкой армии неминуем
13. Если враг не сдается, его уничтожают (Горький)
14. Советский народ радуется победам Красной Армии
15. Первое дело —-не увлекаться победой и не кичиться, второе дело — закреплять за собой победу, третье — добить противника (Ленин).

Такой лечебной гимнастикой у нас занимались 35 больных, поступивших из армейских эвакогоспиталей на 10—15-й день после контузии. 15 человек полностью восстановили речь, у 13 человек речь значительно восстановилась, но осталось редкое заикание и только у 7 человек особенных сдвигов мы не замечали; из них 4 человека были эвакуированы для дальнейшего лечения в санатории, а у 3 человек заикание зафиксировалось, и их пришлось выписать б ограничением годности.

Наблюдение показывает, что там, где больные принимают активное участие в процессе лечения, речь восстанавливается быстрее и, наоборот, лица с установочным поведением или глубокие истерики с вниманием, фиксированным на болезни, получают в лучшем случае только незначительные улучшения. Чем раньше начинают больные пользоваться лечебной гимнастикой, тем полноценнее восстанавливается речь. И, наоборот, у лиц, уже зафиксировавших свое внимание на болезни, заикание делается привычкой, срок лечения увеличивается, резких улучшений не наблюдается.

Методист лечебной физкультуры должен настойчиво добиваться, чтобы больные правильно произносили звуки, слоги, слова; фразы и предложения в оптимальном для каждого из них ритме.

Особое внимание на занятиях нужно уделять воспитанию дыхания и координации его со звуком, произносимыми слогами и словами, настойчиво добиваясь избавления от сдваивания отдельных букв и слогов при произнопгении слов.

Самостоятельное чтение в палате желательно организовать силами палатных медсестер, которые могли бы обеспечивать методику правильного чтения и контроль за выполнением задания, полученного у методиста лечебной физкультуры.

★

КОЛОРИМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИМЕСИ ЯЧМЕНЯ К ПШЕНИЧНОЙ МУКЕ

В некоторых случаях при санитарно-гигиенической экспертизе качества пшеничной муки требуется определить присутствие в ней примеси других культур, в частности, ячменя.

Обнаружить примесь ячменной муки в обойной пшеничной, когда в муке есть частицы оболочек ячменя, нетрудно. Значительно труднее это сделать в высших сортах муки. Отличить крахмал! ячменя от пшеничного не так просто даже посредством микроскопирования и микрометрии.

Причиной этого являются весьма незначительные морфологические различия пшеничного и ячменного крахмалов, а также близкие пределы температур их клейстеризации (по Линтнеру они совпадают). Поэтому приходится прибегать к химическому исследованию.

Белки зерновых культур, в зависимости от их природы, дают те или иные .цветные реакции: ксантопротеиновую, Миллона, биуретовую, триптофановую, Адамкевича и др.

Биуретовой реакцией пользуются для определения присутствия в пшеничной муке примеси кукурузной. 5% кукурузной примеси вызывает характерную окраску. Наличие в муке других злаков (ржи, ячменя) на реакцию не влияет.

Для колориметрического определения ячменя в комбинированной пшеничной муке мы использовали принцип реакции Адамкевича. Реакция заключается в том, что раствор сухого обезжиренного белка в крепкой уксусной кислоте после прибавления концентрированной серной кислоты окрашивается в красный, затем зеленый и фиолетовый цвет.

Имеются указания, что реакцию Адамкевича можно получить с раствором белка, прибавляя к нему 1 мл серной кислоты и 2 мл концентрированной уксусной кислоты. Появляется красно-фиолетовое окрашивание.

Процесс выделения из муки сухого обезжиренного белка длителен и трудоемок. Поэтому реакцию Адамкевича мы применяли к раствору белка.

Полученное нами отношение азотсодержащих веществ ячменя и пшеницы к растворителям глиадина представлено в таблице.

Мука	% содержания в муке протеина (X 5,7) при 4-часовом извлечении растворителями		
	0,009 молярная уксусная кислота	70° спирт	50° спирт
Пшеничная 98%	4,4	3,6	5,4
Ячменная	2,6	2,6	3,1

Для азотсодержащих веществ ячменя 55° спирт оказался таким же хорошим растворителем, как и для глиадина пшеницы.

Растворимыми в разведенном спирте являются проламины злаков: глиадин пшеницы, гордеин овса, ячменя и др. С этими спиртовыми растворами белков и была поставлена реакция Адамкевича.

В „спиртовой вытяжке ячменной муки реакция Адамкевича оказалась положительной, а в вытяжке пшеничной и ржаной — отрицательной.

Для колориметрического определения примеси ячменя в комбинированных сортах обойной муки -в градуированный цилиндр на 100 мл вливают небольшое количество 55° спирта, вносят 5 г исследуемой муки, доливают тем же спиртом до метки и закрывают пробкой. Затем жидкость взбалтывают и цилиндр оставляют в горизонтальном положении на Зба часа. Взбалтывание повторяют каждые 10—15 минут.

Через 3% часа цилиндр ставят вертикально на 30 минут для отстаивания. Затем спиртовую вытяжку в один прием переносят на фильтр. Фильтрат, большей частью опалесцирующий, снова фильтруют через тот же фильтр.

5 мл прозрачного фильтрата наливают в широкую пробирку (10—15 мм в диаметре), добавляют 1 мл концентрированной серной кислоты (удельного веса 1,84), взбалтывая содержимое пробирки. После этого смесь нагревают 15 минут, погрузив пробирку в воду температуры 75—80°. Через 15 минут пробирку вынимают, оставляют до охлаждения, а затем добавляют 2 мл крепкой уксусной кислоты.

Если в муке есть примесь ячменя, вытяжка принимает оранжевую окраску, интенсивность которой зависит от количества ячменной примеси. Эту окраску дает даже 5% ячменя. Интенсивность окраски устанавливают, рассматривая содержимое пробирки сверху вниз.

Соотношение объемов серной кислоты и вытяжки должно быть равно 1 :5. Если серной кислоты добавить больше, окраска может получиться и в вытяжке из чистой пшеничной муки. При меньшем же количестве серной кислоты значительно ослабляется интенсивность окраски.

Эту цветную реакцию можно использовать для количественного определения примеси ячменя к пшеничной или ржаной муке с точностью до 5%.

Для этого заготовляют, как было указано, спиртовые вытяжки из пшеничной обойной муки (или ржаной) и ячменной. Указанные вытяжки смешивают в соотношениях, необходимых для приготовления цветной шкалы, например: 5% примеси ячменя — 0,25 мл ячменной вытяжки и 4,75 мл пшеничной; 10°/а примеси ячменя — 0,5 мл ячменной вытяжки и 4,5 мл пшеничной; 15% примеси ячменя — 0,75 мл ячменной вытяжки и 4,25 мл пшеничной и т. д.

Одновременно приготовляют вытяжки из испытуемых образцов муки. С ними и с вытяжками, служащими для получения колориметрической шкалы, производят предлагаемую цветную реакцию.

Для удобства колориметрирования содержимое широких пробирок можно перенести в узкие пробирки диаметром 8—10 мм.

Выводы

1. Предложенный метод позволяет колориметрически установить присутствие в пшеничной муке примеси ячменной.

2. Реакция положительна при 5% примеси, что вполне достаточно для практических целей.

3. Поскольку вытяжка ржаной муки не дает окраски с серной кислотой, эту же колориметрическую пробу можно применить для определения примеси ячменной муки к ржаной.

ЛИТЕРАТУРА

1 Писарев, Химический анализ муки, стр. 130, 1931.
2. Смирнов, Мукомольная и хлебопекарная техника, № 3, 1930.
3. Смирнов В. С., Практические работы по органической химии, стр. 105, 1935.
4. Н о т т е г, ВюсИет.]оигп., 7 (1914), 116.

Майор мед. службы Н. С. Железнякова

ГЛУХАЯ ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ БЕДРА И ТАЗОВЫХ КОСТЕЙ В КОМБИНАЦИИ С РАНЕНИЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

На фронте нам нередко приходилось накладывать глухую гипсовую повязку по поводу комбинированного повреждения бедра и мочевого пузыря. В этих случаях, как известно, накладывается большая гипсовая повязка с захватом и здоровой ноги до коленного сустава (повязка типа трусов). Между ногами для прочности повязки накладывается деревянная распорка. Мы предлагаем для большей

Рис. 1

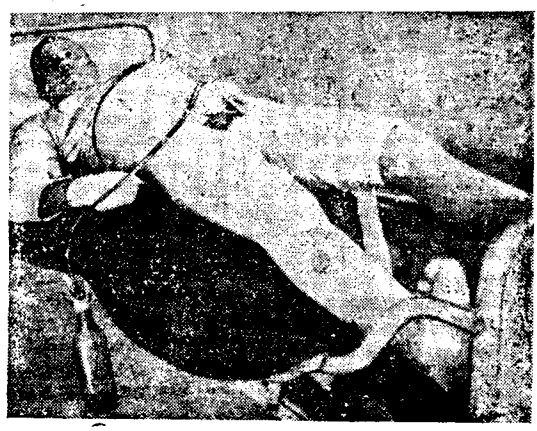


Рис. 2

прочности делать дополнительно в области лобка гипсовый мостик (рис. 1 и 2), к которому прикреплять резиновый дренаж (если на мочевой пузырь наложен свищ). Это делает повязку более прочной, а надежная фиксация резинового дренажа к гипсовому мостику облегчает уход за больным при туалете и частых промываниях мочевого пузыря.

Майор мед. службы М. А. Саркисов,
Лейтенант мед. службы Е. И. Варсанофьева

ДРЕНАЖИ И КАПЕЛЬНИЦА

1. СПОСОБ УКРЕПЛЕНИЯ ДРЕНАЖА В РАНЕ

Каждому хирургу хорошо известны случаи оставления резиновых дренажей в ране, особенно при дренировании грудной и брюшной полости. Основной причиной проскальзывания дренажей в полость является ненадежная фиксация дренажной трубки. Для дренирования плевральной полости и в других случаях мы два года с успехом применяли дренаж нашей модификации, который и предлагаем вниманию хирургов.

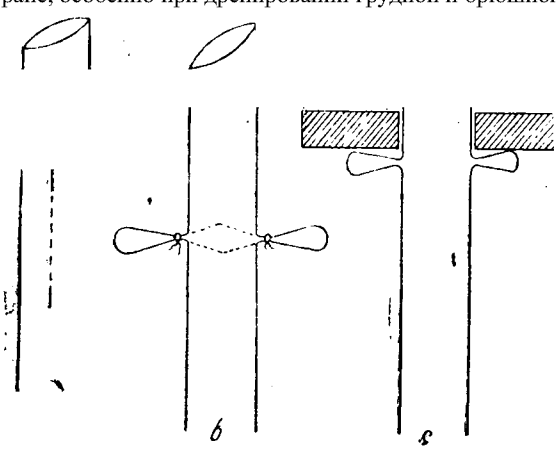


Рис. 1

Резиновую трубку на требуемом расстоянии от дистального конца разрезают вдоль на противоположных сторонах на 5—6. см (рис. 1, *а);* стенки трубки в разрезанной части растягивают в стороны и перевязывают у основания крепкой ниткой. По бокам трубки образуются две лопасти, придающие трубке ф-обраэную форму с полным сохранением просвета (рис. 1, Ь). Трубку вставляют в рану до лопастей и плотно прижимают к коже. Даже при иа-

давливании на трубку она не проталкивается в рану дальше лопастей и не сме-

щается в стороны (рис. 1, с).

2. КЛАПАННЫЙ ДРЕНАЖ

Для отведения гноя из плевральной полости при лечении гнойного плеврита, а в военное время и для отведения воздуха при напряженном пневмотораксе предложено много приспособлений, каждое из которых имеет те или иные недо-ста тки.

Наиболее удобным является предложенный нами дренаж с боковым клапаном.

Близ конца дренажной трубки под углом 30° делают У-образный разрез ее стенки в) 2 см длиной, основанием кверху. Получается языкообразный клапан, основание которого не должно превышать */з диаметра трубки. Отверстие трубки ниже клапана закрывают пробкой. Противоположный конец трубки вставляют в плевральную полость. При малейшем Натуживании и кашле клапан открывается, и через боковое отверстие в трубке воздух и жидкость легко выходят из плевральной полости, но при малейшем выдохе клапан плотно прижимается к краям разреза трубки и становится непроходимым для воздуха и жидкости (рис. 2, *а).*

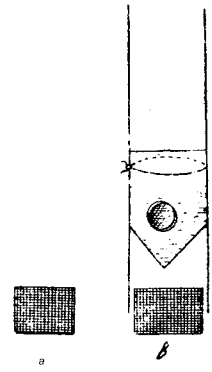


Рис. 2

С таким же успехом мы применяли клапанный дренаж другого устройства. Конец дренажной трубки закрывают пробкой. В 2 см от конца трубки, в боковой стенке ее делают отверстие размером 1 X 1 см. Из тонкой резиновой перчатки выкраивают треугольный лоскут со сторонами длиной по 3 см. Лоскут накладывают на отверстие в трубке одной из сторон кверху. Резиновый треугольник завертывают вокруг трубки и закрепляют у основания над отверстием трубки ниткой. При кашле и натуживании тонкий треугольный клапан отталкивается от трубки и жидкость с воздухом легко выходит из плевральной полости, а при малейшем выдохе клапан плотно прижимается к стенке трубки и совершенно не допускает обратного тока жидкости и воздуха (рис. 2, *Б).*

Дренаж может применяться с опусканием противоположного конца трубки в бутыль с водой. Особенно удобен такой клапанный дренаж на короткой трубке при зашивании открытого пневмогоракса.

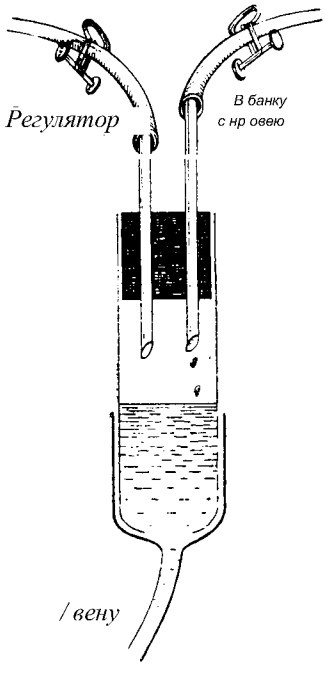


Рис. 3

3. КАПЕЛЬНИЦА ДЛЯ КАПЕЛЬНОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

(Капельное переливание крови нашло широкое применение в мирное и военное время. Я с 1941 г. в ППГ произвожу капельное переливание крови, пользуясь капельницей общепринятой системы, но сделанной из материала, всегда имеющегося в каждом ППГ и МСБ. Необходима лишь тонкая пробирка с резиновой пробкой, две иглы от шприца, резиновая трубка и два зажима Мора или два пинцета Пеана.

Одним толчком пинцета Пеана пробивают отверстие в дне пробирки; в пробирку вставляют резиновую пробку, сквозь которую пропущены две полые иглы; на каждую иглу надевают конец резиновой трубки. Одна трубка идет в сосуд с кровью, другая—.служит регулятором.для установления уровня жидкости в пробирке (можно обойтись и без регулятора). Каждую трубку зажимают зажимом Мора или пинцетом Пеана для регулирования тока переливаемой жидкости и поддержания постоянного уровня ее в пробирке. На свободный конец пробирки надевают резиновую трубку с иглой ДюФо на другом конце. Иглу Дюфо вводят в вену раненого (рис. 3).

Система проста, может быть очень быстро смонтирована из материала, имеющегося в каждом лечебном учреждении. Мы успешно пользовались этим прибором для капельного переливания крови и заменяющих жидкостей в течение трех лет Великой отечественной войны.

Майор мед. службы И. Е. Мацуев

К ВОПРОСУ О ПРОСТОМ СПОСОБЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СВИНЦА В ПОЛУДЕ В ПРИСУТСТВИИ ЖЕЛЕЗА И МЕДИ

Капитан мед. службы М. А. Хомутова предлагает простой и, по ее мпепию^, надежный способ определения количества содержания свинца в полуде, в которой имеется примесь меди и железа *.

Предлагаемая т. Хомутовой количественно-качественная реакция основана на. осаждении сернокислой соли свинца ($PЬ8O_4$) из раствора свинца в азотнокислой среде. Осаждающийся нерастворимый сернокислый свинец образует заметное для глаза помутпепие лишь при палиппи в полуде 1% свинца и более.

Предлагается брать 50 мг соскоба полуды и растворять соскоб в 1 мл азотной кислоты удельного веса 1,2. В этом случае, если в полуде окажется 1% свипца, то в 1 мл растворителя будет находиться 0,5 мг свинца. Определение фактического содержания свинца производится уже в капле раствора. Здесь встречается затруднение, но автор предложения оставила его без внимания.

Величина капель, вытекающих ив различпых пипеток, неодинакова. Это отражается на количестве осаждаемой в капле свинцовой соли. При 16 каплях в 1 мл и при содержании в полуде 1% свинца в нашем растворе будет находиться 0,5:16 = 0,031 мг свипца, при 22 каплях в 1 мл — 0,5:22 = 0,0227 мг свипца, при 24 каплях в 1 мл—0,5 : 24 = 0,0208 мг свипца.

Это неминуемо отразится на результате исследования. Пользуясь пипеткой, дающей 22 капли из 1 мл раствора, мы получали положительный результат, т. е. едва заметное помутпепие капли, лишь при содержании в полуде 1,4°/о свипца, т. е. зпачительно выше допускаемого.

Таким образом, предложенная т. Хомутовой проба надежна только при точно установленной величине капель, например, при пользовании пипеткой, дающей из 1 мл не более 16 капель.

М. Д. М.а.нитз

★

[1] Воеппо-медицинский журнал, № 4—5, стр. 54, 1945.

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

Генерал-майор мед. службы проф. Ф. Г. КРОТКОВ

В АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР

В феврале состоялась первая сессия отделения гигиены, эпидемиологии и микробиологии Академии медицинских наук СССР.

Секретарь отделения Ф. Г. Кроткое, открывая собрание, сделал отчет о раработе бюро за 1945 г. В состав отделения входит 7 научно-исследовательских институтов, занятых разработкой основных проблем общей и коммунальной гигиены, гигиены труда и профессиональных болезней, физиологии и гигиены питания, эпидемиологии, микробиологии, вирусологии, инфекционных болезней, маляриологии и медицинской паразитологии, организации здравоохранения и истории медицины.

В отделении представлены ученые самых разнообразных специальностей. В числе 22 действительных членов Академии медицинских наук и 13 членов-корреспондентов—11 гигиенистов, 10 микробиологов, 5 паразитологов, 4 эпидемиолога, 2 представителя санитарной статистики, 1 инфекционист, 1 физиолог (витаминолог) и 1 историк медицины.

В 1945 г. бюро разрабатывало главным образом научно-организационные вопросы, связанные с развертыванием академии, реорганизацией старых и созданием новых институтов. В последние 6 месяцев стали преобладать вопросы научной деятельности институтов и отдельных ученых. Много времени и внимания потребовало составление пятилетнего плана отделения, в котором отражены основные проблемы гигиены, эпидемиологии, паразитологии, микробиологии, вирусологии, организации здравоохранения и истории медицины.

При ближайшем участии членов отделения работают постоянные комиссии. Особенно важное значение имеют экспертная комиссия, комитет по питанию, комиссия по изучению санитарных последствий войны, комиссия по особо опасным инфекциям и несколько рецензионных комиссий. В этих комиссиях занята большая часть действительных членов академии и членов-корреспондентов отделения.

В прошлом войны всегда сопровождались эпидемиями в войсках и среди гражданского населения. Об этом красноречиво говорит военная история — наполеоновские походы, русско-турецкие войны, крымская кампания и даже первая мировая война. Несмотря на блестящие достижения биологических наук и успехи бактериологии, потери от инфекционных болезней во много раз превышали потери от боевых травм. В первой четверти двадцатого столетия это соотношение несколько изменилось— относительно сократилось число больных. Однако заболеваемость, и в том числе инфекционная, все же держалась на очень высоком уровне. Такие инфекции, как сыпной и брюшной тифы, холера и дизентерия, всегда сопровождали войну. Больше того, нашлись «теоретики», которые утверждали, что эпидемии — неизбежные спутники всякой большой войны.

Член-корреспондент Академии медицинских наук Е. И. Смирнов, выступившей на сессии отделения гигиены, эпидемиологии и микробиологии Академии медицинских наук с обширным и содержательным докладом, убедительно доказал, что прочно укоренившийся взгляд на эпидемии как на обязательное последствие всякой войны требует ревизии. Ссылаясь на ряд исторических примеров и анализируя опыт Великой отечественной войны, докладчик установил, чго лишения военного времени, массовые перемещения контингентов, разорение населенных пунктов и переуплотнение не являются причинами возникновения эпидемий. Эти факторы создают лишь нредносылки, благоприятствующие развитию инфекционных заболеваний.

Эпидемические вспышки в военное время в войсках и среди населения обусловливаются другими причинами. Среди них особо выделяются: 1) недостаточные познания врачей в области гигиены, эпидемиологии и клиники инфекционных болезней; 2) пренебрежение данными науки в области профилактики и противоэпидемической борьбы; 3) неумение реализовать в полевой обстановке научно обоснованные и проверенные на практике принципы 'противоэпидемической защиты войск; 4) недооценка значения исторического опыта в деле защиты войск от эпидемий и отсутствие достаточных сведений по истории медицины.

Война — суровый и беспристрастный критик. Она сразу же выявила слабые места в подготовке наших медицинских кадров и властно потребовала немедленного осуществления ряда организационных мероприятий. К числу последних надо прежде всего отнести создание гигиенической организации Красной Армии, призванной разрешать на базе науки задачи охраны здоровья войск. Фронтовые и армейские инспек-

тора-гипиенисты, возглавляемые отделом центрального аппарата!, и гигиенической секцией Ученого медицинского совета ГВМУ" вооруженных Ойл Союза ССР, в полной, мере оправдали свое назначение.

Особо ответственная задача во время войны стояла перед противоэпидемической службой Красной Армии, располагавшей соответствующими средствами противоэпидемической борьбы, начиная с дивизии и до фронта включительно. Армейские и фронтовые лаборатории, санитарно-эпидемиологические отряды, инфекционные госпитали, обмывочно-дезинфекционные роты, полевые прачечные отряды, банно-дезинфекционные поезда и прачечно-дезинфекционные отряды, имевшие квалифицированных работников, оперативно решали любые противоэпидемические задачи на фронте и в тылу.

В годы Великой отечественной войны Красная Армия не только разгромила врага, но и одержала крупную победу на противоэпидемическом фронте. Такие характерные для военного времени инфекции, как сыпной и брюшной тифы, паратифы, дизентерия, не имели широкого распространения в войсках. Впервые за всю историю войн части действующей армии не являлись источником распространения эпидемических заболеваний в стране. Больше того, медицинская служба Красной Армии, наряду с выполнением своих основных задач на фронте, провела огромную работу по оздоровлению гражданского населения прифронтовой полосы.

О размерах этой помощи гражданскому здравоохранению можно судить по некоторым справкам, приведенным в докладе Е. И. Смирнова. Так, по неполным данным, за время войны военными медиками было обследовано около 45 000 населенных пунктов, вымыто в банях и душевых установках около 5,5 млн. человек гражданского населения, обработано около 6 млн. комплектов белья, построено-свыше 4 500 бань и более 3 000 дезкамер.

Анализ инфекционной заболеваемости в войсках за 4 года Великой отечественной войны показывает, что происходившие на некоторых фронтах отдельные эпидемические вспышки были следствием недочетов профилактики или противоэпидемической борьбы. Выдвинутая некоторыми военными медиками теория о неизбежности заноса инфекции в войска в результате контакта с населением освобожденных от ■немецкой оккупации районов не выдерживает серьезной критики. Эта теория находится в кричащем противоречии с практикой многих фронтов и армий, где своевременно принятыми и научно обоснованными мероприятиями удалось полностью устранить угрозу заноса и распространения инфекций в войска-. Следовательно, делю не в том, что угроза неотвратима, а в правильной реакции медицинской службы армии на эту угрозу.

Было бы большой ошибкой думать, что эпидемическое благополучие Красной Армии — счастливая случайность. Это благополучие завоевано упорной и настойчивой работой многих тысяч военных медиков, хорошо продуманной организацией противоэпидемической защиты войск и правильным использованием военно-медицинской службой Красной Армии достижений науки.

Некоторое представление о размерах работы дают следующие цифры, приведенные в докладе Е. И. Смирнова: вымыто в банях и душевых установках свыше 700 млн. человек; продезинфицировано обмундирования более 400 -млн. комплектов; выстирано белья около 750 000 т; произведено предохранительных прививок более 30 млн. Опыт, накопленный военно-медицинскими работниками Красной Армии в войсках, может и должен быть использован гражданскими органами народного здравоохранения.

В докладе членанкорреспондента Академии медицинских наук проф. И. И. Р о г о з и н а об итогах Противоэпидемической работы за годы Великой отечественной 4
войны и задачах на ближайший период представлены материалы о движении инфекционных заболеваний среди гражданского населения. Из этого доклада -можно было сделать вполне очевидный вывод, что даже в условиях тяжелой войны правильное осуществление противоэпидемических мероприятий предотвращает появление и развитие эпидемий. Не менее убедителен и другой вывод о возможности быстрой ликвидации отдельных эпидемических вспышек путем энергичного проведения научно обоснованных мероприятий.

Значение достигнутых советским здравоохранением успехов особенно подчер- «
кивается тем, что.во время войны обстановка благоприятствовала развитию эпидемий в стране. Происходило массовое, не всегда достаточно обеспеченное в санитарном отношении передвижение населения с запада на восток -в первый период войны. Крайне тяжелой была эпидемическая обстановка в районах, освобожденных от немецкой оккупации. Наконец, враг сознательно старался распространить инфекционные заболевания, как это было, например, в Азаричах Полесской области.

Однако, несмотря на все это, органам здравоохранения удалось не только предупредить массовые эпидемии, но и добиться снижения числа заболеваний по ряду инфекций, в первую очередь дизентерии (заболеваний было в девять раз меньше, чем до войны). Почти на одну четверть -по сравнению с довоенным временем уменьшилось число заболеваний брюшным тифом.

Эти успехи органами здравоохранения завоеваны при активной помощи местных советских и партийных организаций, оценивших огромное значение противоэпидемической борьбы для обороны страны.

Опыт Великой отечественной войны диктует необходимость уделить особое внимапие профилактике детских инфекций'. Из доклада И. И. Рогозина, а также из выступлений в прениях можно было заключить, что действенные мероприятия против кори и скарлатины пока весьма ограничены. Институтам Академии медицинских наук нужно тщательно изучить детские инфекции и разработать мероприятия против них. Успешно решить задачу полной ликвидации паразитарных тифов, намеченную в плане четвертой пятилетки, можно только при деятельном участии научно-исследовательских учреждений Академии медицинских наук и отдельных ученых. Одной из важных проблем является изыскание новых антипаразитарных средств. Для борьбы с кишечными инфекциями исключительно важны общесанитарные мероприятия, осуществленные в населенных пунктах. Разработка этих мероприятий для восстанавливаемых городов — дело чести советских гигиенистов. Одновременно необходимо усиленно и настойчиво изыскивать новые средства специфической профилактики. В частности, следует уделить больше внимания использованию полных антигенов, их ассоциации и применению принципа депо для иммунизации.

Институт вирусологии должен разработать диференциальную диагностику гриппа, научно обосновать систему профилактических мероприятий и изыскать методы специфической профилактики. Необходимо также продолжить поиски новых препаратов против малярии, которые исключали бы рецидивы после лечения.

Особенно широко по докладу И. И. Рогозина обсуждался вопрос о роли общесанитарных мероприятий в профилактике инфекционных заболеваний в послевоенный период, причем указывалось на желательность строгого порядка в практике специфической профилактики. Научные учреждения страны и прежде всего Академия медицинских наук должны решить вопрос об иммунной прослойке, о сроках ревакцинации, о санитарном паспорте для регистрации прививок и пр. Необходимо также изучить эффективность отдельных звеньев противоэпидемических мероприятий (госпитализация, дезинфекция, прививки и пр.).

Ликвидация сапитарпых последствий войпы—одпа! из важнейших проблем паг родного здравоохранения. Успешно решить эту проблему можно только в общехозяйственном плане. При восстановлении хозяйства нашей страны, пострадавшего во время войны, выдвигается принцип: строить лучше, чем до войны. Этот же принцип нужно положить в основу восстановления разрушенных санитарных устройств и сооружений и всей санитарной организации в целом. В этой области предстоит много сделать Государственной санитарной инспекции и ее органам на местах. Перед органами санитарного надзора, пищевой санитарией, коммунальной и. школьной гигиеной война выдвинула ряд неотложных задач. Необходимо повысить санитарное благоустройство населенных мест, жилищ, коммунальных учреждений и пр. Этим задачам посвятил свой доклад действительный член Академии медицинских наук Н. А. Се м аш к о.

Во вступительной части доклада, Н. А. Семашко сделал анализ демографических данных, характеризующих влияние войны на детское население страны. Отмечая серьезные успехи в области изучения санитарных последствий войны среди детей младшего возраста, докладчик подчеркнул необходимость глубокого изучения послевоенных сдвигов у детей школьного возраста. Институты академии должны уделить особое внимание изучению пластических изменений у детей разных возрастов и, в частности, процессов реституции. Работы Института гигиены труда и профессиональных заболеваний показали, что научно обоснованные нормы питания подростков и правильный режим труда и отдыха позволяют быстро ликвидировать отрицательное влияние' войны на детский организм.

Гигиеническая наука .чашей страны будет активно участвовать в восстановительных работах, предусмотренных планом четвертой пятилетки: разрабатывать санитарные нормативы для городского и колхозного строительства, проблему санитарной чистки населенных мест; мероприятия по предотвращению загрязнения воздуха, воды, почвы и т. д. В области коммунальной санитарии на одно из первых мест выдвигается проблема самоочищения внешней среды. Институт питания должен обосновать нормы питания населения для различных возрастных и! профессиональных групп, разработать вопросы белкового, витаминного и минерально-солевого питания.

Санитарные последствия войны можно быстро ликвидировать лишь на основе тщательного изучения изменений, внесенных войной. В этом отношении примером служит Ленинград, где с июня 1945 г. большая' группа специалистов изучает сапитарпые последствия войны и одновременно разрабатывает мероприятия по их ликвидации. Среди ученых, участвующих в этой важной работе, мы встречаем действительных членов Академии медицинских наук В. М. А р и с т о в с к о г о, В. Г. Гаршина, Г. Ф. Лапга, С. А. Новосельского, М. Д. Гунипского, В. В. Чирковского, 3. Г. Френкеля, члена-корреспондента Р. А. Б а б а я н ц и др.

Ленинградская комиссия по изучению санитарных последствий войны ставит перед собой ряд задач научно-исследовательского характера. Сюда относятся: демографические сдвиги и эпидемическая заболеваемоть населения; физическое развитие и заболеваемость детей всех возрастов; общесанитарные вопросы; питание-различных групп населения; охрана- труда и профессиональные болезни; санитарное обеспечение инвалидов Отечественной войны; родовспоможение, рождаемость и плодовитость женщин, течение беременности и состояние новорожденных; заболеваемость туберкулезом; нарушения общего питания и авитаминозы; санитарное просвещение в период войны и блокады.

Как видно из перечня вопросов, ленинградская комиссия изучает санитарные последствия войны по всем разделам профилактической и лечебной медицины. Пред- ■ седатель комиссии, член-корреспондент академии Р. А. Бабаянц сообщил, чтс на секции отделения ленинградцы выполнили ряд интересных работ и дали органа» здравоохранения города-героя немало ценных предложений.

В своих решениях по докладу Н. А. Семашко сессия отметила! выдающуюся ра- ■ боту ленинградских ученых и предложила комиссии по изучению санитарных последствий войны при Академии медицинских наук учесть и использовать опыт Ленинградской комиссии.

Действительный член академии И. Д. Страшун в своем докладе показал огромное значение для врачей изучения истории медицины. Ссылаясь на опыт Вели кой отечественной войны, докладчик требовал большего внимания к разработке истории медицины. ■

Если бы мы лучше изучали наше прошлое и знали работы выдающихся представителей медицины, мы не забыли бы труда Полотебнова о патологическом значении плесени и, может быть, не ждали бы замечательного открытия Флеминга.

Инструкция по предупреждению и борьбе с цынгой в войскак, составленная Я. Виллие в 1824 г., не утратила своего значения и теперь, через 120 лет посж ее появления на свет. Но мы основательно забыли о ней, как и о многих други? трудах наших предшественников.

Наступило время заняться серьезным изучением наследства в области всех ме дицинских специальностей. Критическое освоение опыта прошлого, несомненно, поможет нам успешно решить общемедицинские проблемы современности. Института Академии медицинских наук должны показать пример другим научным учреждения» страны, включив в планы своих работ темы по истории развития соответствующей медицинской дисциплины.

★

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945) (продолжение)[1]

1. ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Петров Н. В., Лечебно-эвакуационное обеспечение хасанских событий санитарной службой Тихоокеанского флота, Военно-морской врач, 1—2, стр. 43—48, 1942.

Петров Н. В. и Пенькевич С. С., Очерк хирургической деятельности военно-морского госпиталя за первое полугодие Отечественной войны, в кн. Вопросы хирургии, М. — Л., стр. 3—12, 1944.

Пиетта А. С., Эвакуация морским путем, Советское здравоохранение, 3—4, стр. 38—42, 1942.

Пильч М. Л., Работа санитарной службы батальона, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., Медгиз, стр. 17—20, 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Писемский П. Н., Статистические иллюстрации в истории эвакогоспиталей, Госпитальное дело, 3, стр. 15—23, 1945.

Письма по организационным вопросам военной медицины, М., Медгиз, стр. 56, 1943 (ЛЭУ ГВСУ Красной Армии). Для служебного пользования.

Письмо т. Мойжес от 19.1.1942, в кн. Письма по организационным вопросам военной медицины, М., стр. 4—10, 1943 (ЛЭУ ГВСУ Красной Армии). Для служебного пользования.

Письмо начальникам санитарной службы фронтов, армий, корпусов, дивизий, бригад, начальникам полевых подвижных госпиталей и полевых эвакопунктов от 2.УШ.1942, в кн. Письма по организационным вопросам военной медицины, М., б. м., стр. 11—30, 1943 (ЛЭУ ГВСУ Красной Армии). Для служебного пользования.

Плоткин А. П., Санитарное обеспечение Приморской армии в условиях обороны Одессы и Севастополя, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., Медгиз, стр. 58—67, 1943.

Полевщиков П., Отдельные ошибки в лечении и эвакуации по материалам тыловых госпиталей, в кн. Сб. научных работ по лечению огнестрельных ранений и обморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 544—549, 1941.

Поливник С. П., Лечебная работа в постоянном военно-санитарном поезде, ВСД, 6, стр. 44—48, 1942.

Положение о медико-санитарной службе местной противовоздушной обороны на железнодорожном транспорте (с приложениями и инструкциями к нему), М., Трансжелдориздат. 28 стр., 1944 (СССР, Наркомат путей сообщ., врач.-сан. управл.).

Положение о первичной организации обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР, М., Медгиз, 14 стр., 1943.

Полозов Я. С., Из итогов полугодовой работы нейрохирургической группы ОРМУ, Вопросы нейро.хирургии, 5, 1942.

Поляков Н. А., Распределительные посты медицинской службы Красной Армии, ВМЖ, стр. 40—43, март 1945.

Поляков Н. А., Санитарное обеспечение Великолуцкой операции, Тыл и снабжение Красной Армии, 5—6, 1943.

Поляков Н. А., Санитарное обеспечение ударной армии при наступлении, ВСД, 4—5, стр. 33—40, 1942.

Пономарев Д. Ф., Работа взводного санитара во всех видах боя, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 34, 1943. Для служебного пользования.

Поповьян И. М., Задачи военно-полевого хирурга при наступательной операции, ВСД, 7, стр. 15, 1942.

Правдин А. Н. и др., Об организации терапевтической помощи в военном округе глубокого тыла, в кн. Сб. научных работ эвакогоспиталей, М., стр. 19—26, 1942 (Сан. отд. СибВО).

[1] См. «Военно-медицинский журнал», № 1—2 и 3 за 1946 г.

Приказ народного комиссара здравоохранения РСФСР № 2140, 14.XII.1943 об] 'организации групп усиления при Управлении эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР,] Фельдшер и акушерка, 3, стр. 56—57, 1944. I

Приоров Н. И., Организация травматологической помощи в эвакогоспиталях,! Фельдшер и акушерка, 3, стр. 56—57, 1944. ■;

Прихотько П. Т., Организационные вопросы работы в эвакогоспиталях глубокого тыла, в кн. «Сб. работ сан. службы СибВо», 2, М., стр. 31—34. 1943.

Программа по санитарной тактике, Л., И стр., 1944 (МСУ ВМФ ВММА).

Проппер-Гращенков Н. И., Война и медицина, Вестник Академии наук СССР, 7—8, 1942; Новый мир, 8, 1942.

Прощен ко Я. Е., Опыт работы санитара в роте, оказание первой помощи на поле боя, в кн. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 21, 1943. Для служебного пользования.

Прусаков А., Медицинская служба в пограничных войсках, Пограничник, 6,1 1944.

Пунин Б. В., Достижения советской медицины в области хирургии военного времени, Военно-морской врач, 1, 11, 1943.

Разумовский В. И., О хирургической помощи на Кавказском фронте, Б. м. и г., 19 стр.

Рапопорт А. И., Опыт организации санитарного обеспечения стрелковой дивизии в условиях трех боевых операций, в кн. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 15—17, 1943. Для служебного пользования.

Рапопорт М., Организация терапевтической службы в условиях стабильной обороны, ВМЖ, март —апрель 1944.

Рапопорт М. Ш., Работа приемно-сортировочного и эвакуационного отделений полевого подвижного госпиталя, в кн. «Военная медицина в Великой отечественной войне», в. 2, М., стр. 821—323, 1945 (ГВСУ КА).

Раскин И. А., Морфологическая маркировка ранений при глухой гипсовой повязке, в кн. «Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя», М., Медгиз, стр. 127—129, 1943.

Рафалькес С. Б., Контрольный лист ординатора, Госпитальное дело, 2—3, 1943.

Ревякин Л. П., Практика авиатранспорта при огнестрельных повреждениях центральной нервной системы во время войны с белофиннами, Вопросы нейрохирургии, 5, 1, 1941.

Ревякин Л. П., Эвакуация, сортировка и санитарный транспорт, в' кн. «Основы военно-полевой нейрохирургии», М., стр. 268—271, 1942.

Резников С. М., О задачах хозяйственной службы отделов эвакогоспиталей, Госпитальное дело, 6, 1944.

Резников С. М., Образцово лечить и обслуживать раненых в условиях зимы, Госпитальное дело, 11—12, 1943.

Резников С. М., Усилить руководство лечебной работой эвакогоспиталей, Госпитальное дело, 8—9, 1943. :

Рез ни цк ий А. Л., Особенности работы медико-санитарного батальона в уело-, виях осажденных приморских городов, в кн. «Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя», М., стр. 37—42, 1943.

Рейнберг Г. А., О некоторых типичных ошибках, допускаемых при лечении, раненых в госпиталях, в кн. «Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну», Ташкент, стр. 28—33, 1943; Госпитальное дело, 7, 1942. .

Ремизов А. А., Опыт работы Владивостокского госпиталя, в кн. «Санитарная* служба Тихоокеанского флота в Хасанской операции», Л., стр. 20—44, 1941. **

Ровное А. С., Общая характеристика хирургической деятельности эвакогоспиталей МЭП за период с июля по октябрь 1941 г., в кн. «Санитарная служба в Отечественной войне», М., стр. 80—81, 1943 (ГВСУ КА, Опыт работы врачей Северо-Западного фронта, в. 1). I

Роликов А. В., Организация работы санитарного взвода батальона, в кн. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 24—25, 1943. Для служебного пользования.

Розенман Л. С., К вопросу об эффективности сортировки и профилированит раненых и больных, Госпитальное дело, 4—5, 1945.

Романова В. Т., Опыт лечебно-эвакуационного обслуживания специализированного госпиталя, Медицинская сестра, 6, 1946.

Ростоцкий И. Б. и Тернер М. С., К вопросу об организации амбулаторного госпиталя, Госпитальное дело, 5—6, 1942.

Русанов М. Н., Итоги хирургического обеспечения М-ской армии в зимней наступательной операции, в кн. «Тр. лечебных учреждений 4-го Украинского фронта», сб. 3. «Вопросы военно-санитарной и военно-полевой хирургии», Курск, стр. 41—48, 1944. Для служебного пользования.

Руф ано в И. Г., Итоги и задачи хирургической работы в эвакогоспиталях НКЗдрава СССР, в кн. «Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР», М., стр. 24—51, 1942. Для служебного пользования.

Р у ф а н о в И. Г., Двадцать пять лет советской хирургии и Великая отечествен•ная война, Госпитальное дело, 11—12, 1942.

Руфанов И. Г. и Ростоцкий И. Б., Год работы Военно-госпитального комитета, Госпитальное дело, 7—8, 1944.

Руфанов И. Г. и Ростоцкий И. Б., Организация медицинского обслуживания раненых и больных воинов Красной Армии, в кн. «26 лет советского здравоохранения», М., стр. 35—67, 1944.

Р ушке вич П. А., Лечебно-эвакуационное обеспечение стрелкового полка в трех наступательных операциях, в ни. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 23—24, 1943. Для служебного пользования.

Рыжков С. И., Колесные приспособления, в кн. «Средства санитарной эвакуации», М., стр. 21—36, 1942.

Рыжков С. И., Автомобильный санитарный транспорт, в кн. «Средства санитарной эвакуации», М., стр. 70—77, 1942.

РыжковС. И.. Колесные приспособления, в кн. «Средства санитарной эвакуа-/ции», М., стр. 21—36, 1942.

Рыжков С. И., Речной санитарный транспорт, в кн. «Средства санитарной эвакуации», М., стр. 87—92, 1942. ;

РыжковС. И., Эвакуация раненых зимой, Медицинская сестра, 1—2, 1944.

Р ы ж к о в С. И. и С а в е н к о Г. А., Зимний санитарный транспорт, в кн. «Средства санитарной эвакуации», М., стр. 44—70, 1942.

Р ю м ш и н И. Е., К вопросу об обеспечении тяжело пострадавших в бою в зимних условиях, Врачебное дело, 2, 1941.

Рябов Г. 3., 25-летие Центрального военного краснознаменного госпиталя им. П. В. Мандрыка, ВМЖ, июнь 1944.

Рябов П. И., Особенности эксплоатации санитарной техники в зимнее время, ВСД. 10, 1941.

С а в е н к о Г. А., Вьючный санитарный транспорт, в кн. «Средства санитарной эвакуации», М., стр. 97—114, 1942.

Савенко Г. А., Конный санитарный транспорт, в кн. «Средства санитарной эвакуации», М., 36—44. 1942.

Санитарный инструктор И. Н. Бабин, в кн. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 33—34, 1943. Для служебного пользования.

Санитарный инструктор Маршалов, в кн. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 32—33, 1943. Для служебного пользования.

Саркисов С. А., Медицинская наука в дни Великой отечественной войны, Советское здравоохранение, 7, 1942.

Саркисов С. А. и Рози некий Ю. Б., Научная база лечебно-практической работы в эвакогоспиталях, Госпитальное дело, 1—2, 1942.

Сатпаев К. И., Казахский филиал Академии наук СССР в годы Великой отечественной войны, Вестник Академии наук СССР, 1—2, 1945.

Седин Н. С., Организация лечебно-эвакуационной работы в МСБ. в кн. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 35—36, 1943. Для служебного пользования.

Селиванов П. А., Хирургический полевой подвижной госпиталь в наступатель-'Яой операции, ВМЖ, март—апрель 1944.

С е м е к а С. А., Организация и работа полковых медицинских пунктов в период боев с белофиннами (1939—1940), ВСД, 8, 1941.

Семе к а С. А., Санитарное обеспечение 'роты и батальона в период боев с белофиннами (1939—1940), ВСД, 8, 1941.

Семенов В. С., Хирургия на службе Отечественной войны, в кн. «Сб. научных ■работ Якутской республиканской больницы», Якутск, стр. 5—10, 1943.

Семенова Н. В., Работа операционной сестры, М., М'едгиз, 14 стр., 1941.

Сербинов И. Ф., План санитарного обеспечения боя (полк, дивизия), ВСД 11—12, 1943.

Сергеев А. А., К вопросу о связи заболевания с пребыванием на фронте, в кн. «Сб. трудов медико-санитарной службы КБФ», в. 1, Л., стр. 15—19, 1944.

Сиверс С. Г., Лечебно-эвакуационная работа М-ского распределительного •пункта, в кн. «Тр. 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30 июля 1942 г.», Б. м., стр. 11—23, 1943.

Сиверс С. Г. и К у с л и к М. И., Опыт эвакуационно-сортировочной группировки по срокам лечения, ВМЖ, январь—февраль 1944. ■

Сигал Б. С., Методика вычисления *и* анализа статистических показателей хирургической работы, в кн. «Тр. совещания хирургов Волховского фронта», Б. м., стр. 142—149, 1942.

Силаев Ш., Укрепить организационно-массовую работу Красного креста Татарии, Санитарная оборона, 12—13, 1941.

Сидоренко Б. Ф., ППГ в Отечественной войне, Фельдшер и акушерка, 12, 1944.

Слуховский М. И./Спасение раненых в бою, Б. м., 38 стр., 1945 (ВСУ 1-го ■Белорусского фронта).

Смирнитский И. Н., О библиографическом справочнике по медицинской литературе, ВСД, 6—7, 1941. ■

Смирнов Е. И., Бороться за жизнь каждого раненого, в юн. «Медицинские работники в Отечественной войне», М., стр. 19—23, 1942.

Смирнов Е. И., Военная медицина в Великой отечественной войне, в кн. «Тр. 5-го пленума^ УМС при начальнике ГВСУ КА», М., стр. 3—21, 1942. Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Военная медицина в обороне Сталинграда, в кн. Смирнов Е. И. «Проблемы военной медицины», ч. 1, Медгиз, стр. 118—121 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Военная медицина, и Н. И. Пирогов, ВМЖ, январь, февраль, март 1945.

СмирновЕ. И., Военная медицина и Н. И. Пирогов, доклад на торжественном ской медицины, в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины», ч. I, М., Медгиз, 39 стр. с илл., 1945. Библиогр.

Смирнов Е. И., Военная медицина Красной Армии как передовой отряд советской медицины, в кн. Е. *И.* Смирнов «Проблемы военной медицины», ч. 1. М., Медгиз, стр. 128—135, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Военно-полевая медицинская доктрина, в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины», ч. 1, М., Медгиз, стр. 29—55, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Вопросы медицинского снабжения и подготовки врача запаса, в кн. Смирнов Е. И. «Проблемы военной медицины», ч. I, М., Медгиз, 1944, стр. 14—19 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

СмирновЕ. И., Вопросы организации и тактики санитарной службы, М., Медгиз, 84 стр., 1942.

СмирновЕ. И., Восстановительная хирургия как источник пополнения резервами действующих войск, в кн. «Три 7-го пленума УМС при начальнике ГВСУ КА», М., Медгиз, стр. 3—17, 1944. Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Задачи медицинской службы на новом этапе Великой отечественной войны, в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины», ч. 1, М., Медгиз, стр. 26—29, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Задачи санитарной службы на новом этапе Великой отечественной войны, ВСД, 12, 1941.

СмирновЕ. И., Задачи Ученого медицинского совета, в' кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины», ч. 1, М., Медгиз, стр. 7—14, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Заключительное слово на/ 5-м пленуме УМС ГВСУ КА, в кн. «Тр. 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ КА», М., стр. 246—254, 1942.

Смирнов Е. И., Заключительное слово на 6-м пленуме УМС ГВСУ КА, в кн. «Тр. 6-го пленума УМС при начальнике ГВСУ КА», М., стр. 422—426, 1942. Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Идеи Н. И. Пирогова в Великой отечественной -войне, Хирургия, 2—3. 1943, ВСД, 1, 1943; в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины», ч. 1, М., Медгиз, стр. 99—107, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Итоги годовой работы и дальнейшие задачи санитарной службы Красной Армии в Великую отечественную войну, в кн. «Тр. 6-го пленума УМС при начальнике ГВСУ КА», М., Медгиз, стр. 3—29, 1942. Для служебного пользования.

Смирно-в Е. И., К вопросу о лечебно-эвакуационном обеспечении германской армии за первый год войны, в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины», Ч. 1, М., Медгиз, стр. 65—70, 4944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Лечебно-эвакуационное обеспечение армейских наступательных операций, в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины», ч. 1, М., Медгиз, стр. 70—97, 1944 (ГВСУ). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Наши неотложные задачи, ВСД, 11—12, 1942.

Смирнов Е. И., Некоторые организационные вопросы военной медицины в Отечественной войне, в кн. «Санитарная служба в Отечественной войне», М., стр. 6—26, 1943 (ГВСУ, Опыт работы врачей Северо-Западного фронта, в. 1).

СмирновЕ. И., Неотложные военно-медицинские задачи гражданского здравоохранения, в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины»-, ч. 1, М., Медгиз, стр. 229—236, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Неотложные задачи санитарного обслуживания раненых и больных, Хирургия, 10, 1942.

Смирнов Е. И., О военно-медицинской подготовке врачей в медицинских институтах, ВМЖ, 9, 1945.

Смирнов Е. И., О значении дислокации госпитальных баз. в системе этапного лечения, в .кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины», ч. 1, М., Медгиз, стр. 17&Т-185, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

СмирновЕ. И., О значении единого руководства в деле эвакуации и лечения-раненых, в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины», ч. 1, М., Медгиз, стр. 107—118, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., О лечебно-эвакуационном обеспечении на/етупательной операции Воронежского /фронта, в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины», ч. I, М, Медгиз, стр. 1§5—199, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования,

См и р п о в Е. И., О лечебпо-эвакуацioппом обеспечепии паступательпой операции Северокавказского фронта, в кп. Е. И. Смирнов «Проблемы воеппой медицины», ч. 1, М,, Медгиз, стр. 199—211, 1944 (ГВСУ КА). Для Служебного пользования.

Смирнов Е. И., О некоторых организационных вопросах полевой санитарной службы, ВСД, 5—6, 1943.

Смирнов Е. И., О специализироваппой медицинской помощи в госпиталях армейского и фронтового районов, в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины», ч. 1, М., Медгиз, стр. 222—229, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

С м и р и о в Е. И., Об эвакуации по назначению легко рапепых, в кп. Е. И. Смирнов «Проблемы воеппой медицины», ч. 1, М., Медгиз, стр. 97—99, 1944 (ГВСУ К-А). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Письмо военврачу I ранга А. С. Георгиевскому, в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы военной медицины», Наркомздрав СССР (ГВСУ КА), М., Медгиз, стр. 121—127, 1944.

Смирнов Е. И., Полевой эвакуационный пункт, в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы воеппой медицины», ч. 1, М., Медгиз, стр. 121—128, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Проблемы воеппой медицины, ч. 1, М., Медгиз, 235 стр., 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Письмо военврачу I ранга А. С. Георгиевскому в кн. Е. И. Смирпов «Проблемы воеппой медицины», ч. 1, М., Медгиз, стр. 55—65, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Роль санитарной службы в Великой отечественной войне, ВСД, 11, 1941.

СмирновЕ. И., Служебное письмо, в кн. «Сб. руководящих материалов по лечебпо-эвакуацioппой работе», Тбилиси, стр. 5—16, 1942 (СУ Закавказского фронта). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Советские военные врачи в Отечественную войну, М., Советская ■паука, 99 стр. с илл., 1945.

Смирнов Е. И., Сроки лечения раненых и восстановительная хирургия, в кн. Е. И. Смирнов «Проблемы воеппой медицины», ч. 1, М., Медгиз, стр. 141—176, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

СмирновЕ. И., Этапное лечение и хирургическая тактика, в кн. Е. И. Смирпов «Проблемы воеппой медицины», ч. I, М., Медгиз, стр. 135—141, 1944 (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Смоляницкий 3. Е., Некоторые данные о лечении раненых за год Отечественной войны по материалам Сануправления ВМО (доклад), в кн. «Опыт постановки функционального лечения в эвакогоспиталях», М., стр. 39—41, 1944.

Согласование действий служб эвакуации' и госпитализации в армии США, Госпитальное дело, 1—2, 1942.

Сокол М. С., Причины длительного пребывания раненых и больных в эвакогоспиталях, Госпитальное дело, 7—8, 1944.

Соколова Т. Н., Анализ работы специализированного госпиталя, Стоматология, 1, 1944.

Спасокукоцкий С. И., Хирургия и войпа, Красноармеец, 23, 1942.

Список тем по воеппой медицине для разработки в 1946 г., Л., ВМА им. С. М. Кирова, 23 стр., 1945 (ГВСУ КА).

Средства сапитарпой эвакуации, М., Медгиз, 123 стр. с илл., 1942 (ГВСУ КА и НКЗдрав СССР).

я СтавицкийиДобычинБ. Д., Хирургическое обеспечение фронта в наступательных операциях, в кп. «Тр. лечебпых учреждений 4-го Украинского фронта», сб. 3. «Вопросы военпо-сапитарпой тактики и военпо-полевой хирургии», Курск, стр. 21—30, 1944. Для служебного пользования.

Сталина Р. Е., Клинико-статистический анализ работы военно-оперативного отделения больницы им. Кащенко, в кн. «Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войпе», 8, Б. м., стр. 46—54, 1944.

Стельмашонои И. М., Чему учит опыт шестимесячной работы, Госпитальное дело, 3—4, 1942.

■“ С т р у ч к о в В. И., Организация приемной и эвакуационной сортировки раненых, в кн. «Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов», Б. м., действующая армия, стр. 36—44, 1944 (Сан. отд. Ы-ской армии 1-го Украинского ■ фронта). Для служебного пользоваиия.

Суворов В. А., Впечатления о медицинской службе королевского флота Великобритании, в кн. «Военно-морской медицинский сборник ВО», М., стр. 34—49,1945.

Сысин А., Достижения советской медицины в годы Отечественной войны, сб. 1, М., Медгиз, 1943; Гигиена и санитария, 10—11, 1944.

Сысин А., Работы ленинградских врачей за первый год Отечественной войны, ■в. 3, М., Медгиз, 1943; Гигиена и санитария, 12, 1944.

Тапельзон С. Л., О долечивании раненых и больных бойцов Красной Армии на сельском врачебном участке, Советская медицина, 5—6, 1942.

. Телков Д. П., Краткие сведения об организации армейских лечебно-эвакуационных средств, Советское здравоохранение Узбекистана, 1, 1941.

Телков Д. П., Современная организация санитарной службы в войсковом районе,. Советское здравоохранение Узбекистана, 1, 1941.

Терентьев А. В., Вьючные носилки как средство эвакуации в горах, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, 54 стр. с илот., 1942. Библиогр.

. Тидман С. Д., Возвращение в строй защитников Сталинграда по материалам И-ского эвакогоспиталя, в кн. «Тр. лечебных учреждений 4-го Украинского фронта», сб. 3. «Вопросы военно-санитарной' тактики и военно-полевой хирургии», Курск, стр. 77—90, 1944. Для служебного пользования.

Тимофееве к ий П. П., Горный санитарный транспорт, М. — Л., 64 стр. с илот., 1941 (НИИСИ КА).

Товчигричка С. А., Организация медпомощи на поле боя и маневрирование средствами усиления санвзвода батальона, в кн. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 20, 1943. Для служебного пользования.

Топ ро ве р Г. С., Схемы научного учета результатов лечения раненых в эвакогоспиталях, Сталинград, 17 стр., 1945 (Облздравотдел).

ТопчибашевМ. В., Лечебная работа в эвакогоспиталях Азербайджанской ССР, в кн. «Тр. 1-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР», М., стр. 71—76, 1942. Для служебного пользования.

Транспортировка раненых, Л., Областной дом санитарного просвещения Леноблздравотдела, 24 стр., 1941.

Третьяков А. Ф., Сроки лечения раненых в эвакогоспиталях, М., Медгиз, 65 стр., 1944.

Третьяков А. Ф., Сроки лечения раненых и больных в эвакогоспиталях, в кн. «Тр. 3-го пленума Госпитального совета Наркомздрава СССР и РСФСР», М.,. стр. 36—50, 1944. Для служебного пользования.

Троицкий Н. А., О работе статистической группы по медицинской и прочей отчетности в эвакоприемнике, в кн. «Сан. служба в Отечественной войне», М., стр. 64—69, 1943 (ГВСУ КА, Опыт работы врачей Северо-Западного фронта, в. 1). Для служебного пользования.

Указания по лечебно-эвакуационному и противоэпидемическому обеспечению боевых действий войск в условиях горно-лесистой местности, Б. м., 12 стр., 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Устинов Н. П., Итоги санитарного обеспечения наступательных операций и задачи санитарной службы Южного фронта, в кн. «Тр. лечебных учреждений 4-го Украинского фронта», сб. 3, «Вопросы военно-санитарной тактики и военно-полевой хирургии», Курск, стр. 7—19, 1944. Для служебного пользования.

Устинова К. А., Методика анализа заболеваемости в войсковой части, М., Медгиз, 29 стр., 1941.

Ушаков М. Н., Организация работы санитарной службы стрелковой бригады в полевых условиях, в кн. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 22—23, 1943. Для служебного пользования.

Федоров Г. П., Некоторые вопросы из опыта работы полевого эвакопункта по медицинскому обеспечению армейской наступательной операции, ВСД, 10, 1942.

Федоров Е. Г., Опыт работы санитара в роте, оказание первой помощи на поле боя и эвакуация раненых, в кн. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 26—27, 1943. Для служебного пользования.

Федорович Д. П., Работа медико-санитарного батальона, Советская медицина, 6, 1941.

Фельдман Х. Х., Организация батальона легко раненых, в кн. «Тр; 1-й хирургической конференции Ы-СКОРО РЭП 27—30 июля 1942 г.», Б. м., стр. 321—324, 1943.

Филатов С. С., Условия и объем хирургической работы БМП и ПМП (по опыту войны с белофиннами), в кн. «Сб. научных работ», Горький, стр. 34, 1943 (Московский коммунистический военный госпиталь).

Фи л ин ко в И., Из опыта организации эвакогоспиталей, Госпитальное дело, 9, 1944.

Филиппов П. Л., К методике работы в сортировочном отделении дивизионного госпиталя, в кн. «Сб. работ по военно-полевой и общей хирургии», Л., стр. 37—38, 1944.

Филиппов Ф. А., Некоторые вопросы организации сортировки раненых и специализированной лечебной помощи в тыловом районе, Госпитальное дело, 7, 1942.

Филиппенко Е. М., Организация лечения легко больных в М-ском эвакогоспитале, в кн. «Тр. 2-й терапевтической конференции РЭП-95», Вологда, стр. 45—48,1943. ■

Фирсов 3. П., Изучать и обобщать опыт войны, Военно-морской врач, 2, 1944-

Фи р сов 3. П., На морских путях санитарной эвакуации, Л., ВММА, 44 стр., 1944-

Фи рсго в 3. П., Опыт работы морского медицинского отряда в десанте (операция на> Азовском и Черноморском морях в 1943 г.), в ки. «Военно-морской медицинский сборник», в. 3, Л., стр. 9—14, 1945.

Фишман Ф. М., Некоторые вопросы организации работы в постоянных военно-санитарных поездах, ВСД, 9, 1942.

Фондам.и некий Ф. И., Больше внимания истории болезни, ВСД, 9, 1942.

Ф ра нк-К аменецкий Л. 3. и др., Работа ППГ в условиях войны с германским фашизмом, Хирургия, 9—10, 1941.

Фридман М. Е., Первая хирургическая помощь в медсанчастях подразделений ГВФ, М., 20 стр., 1944 (библиотечка авиаврача ГВФ).

Фрунзенский ®. М., Опыт санитарного обеспечения полка и объем медицинской помощи на ПМП, в кн. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 18, 1943. Для служебного пользования.

Ф у р м а н И. И., Работа больниц восстановительной хирургии и организация поликлинической помощи инвалидам Отечественной войны, в кн. «Тр. конференции работников челюстно-лицевой хирургии ЭГ НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума Совета института», М., стр. 224—227, 1945.

Хелимский М. А., Хирургическая работа в ГОПЭП во время финляндской, кампании 1939—1940 г., Хирургия, 2, 1941.

Х о д о р к о в Л. А., Ближайшие задачи лечебно-эзакуационной работы, ВСД,. ■'4—5, 1942.

Ходорков Л. А., Лечебно-эвакуационная работа в зимних условиях, Тыл и: снабжение Красной Армии, 1, 1943.

Ходорков Л. А., Организация лечебного дела в тыловых госпиталях, в кн. «Тр. 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ КА», М., Медгиз, стр. 22—28, 1942. Для служебного пользования.

Ходорков Ф. А., Особенности лечебно-эвакуационной работы в зимних условиях, ВМЖ, январь—февраль 1944.

Х о до р ков Ф. А., Очередные задачи лечебно-эвакуационного обеспечения войск,. ВМЖ, январь—февраль 1945.

Холодков В. А., Организация здравоохранения в райэяак Московской области, освобожденной от немецко-фашистских оккупантов, Советское здравоохранение, 3—4, 1942.

Хорни б ло С., Госпитали под землей (в Англии), Бриганский 'Союзник, 6, 1942.

Х ру ле ню о М. К.. Из опыта работы полкозого медицинского пункта, в кн. «Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя», М., стр. 31—37, 1943.

Цибулевский И. И., Опыт двух морских эвакуаций: 1. Эвакуация раненых морским путем из порта М-ской военно-морской базы. 2. Десант на Малую землю (район Мысхако), в кн. «Военно-морской сборник», Л., стр. 5—8, 1945. .

Цулукидзе А. П., Госпитальные исходы по хирургическим эвакогоспиталям за 27 месяцев Отечественной войны, в Кн. «Тр. 2-й научи, конф, эвакогоспиталей. НКЗдрава Грузинской ССР», Тбилиси, стр. 25—37, 1944.

Чаяло Т. И., Вопросы организации и лечебной работы батальона выздоравливающих, . в кн. «Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя», М., Медгиз, стр. 50—58, 1943.

Черняк И. М., Некоторые вопросы организации лечебно-эвакуационного обеспечения раненых и больных в госпиталях фронтового тыла, в кн. «Тр. эвакогоспиталей РЭП-27», сб. 1, Б. м., стр. 3—16, 1944.

Черняк И. М., О лечебно-эвакуационном обслуживании во фронтовом тылу (диссертация), Л., 333 стр. с табл., 1941.

Черняк И. М., Сортировочные эвакуационные госпитали фронтового тыла, в кн. «Тр. эвакогоспиталей системы ФЭП № 50 и лечебных учреждений армий», № 5—6, Л., стр. 5—22, 1943.

Четвериков В. С., Санитарное обслуживание поездов с эвакуируемым населением на железных дорогах, Советская медицина, 8, 1942.

Четвериков В. С., Санитарное дело в СССР за время первых двух лет войны, Гигиена и санитария, 10, 1943; 1—2, 1944.

Чудаков, Эвакуация раненых с поля боя на собачьих упряжках, в ки. «Военная медицина! в Великую отечественную войну», в. 2, М., стр. 306—308, 1945 (ГВСУ КА).

Ша машкин М. А., О работе и задачах санитарной службы фронта, в кн. «Сан. служба в Отечественной войне», М., стр. 27—50, 1943 (ГВСУ, Опыт работы врачей Северо-Западного фронта, в. 1). Для служебного пользования.

Ш а м а ш к и н М. А., Санитарно-медицинское обеспечение боевых операций 3-го Прибалтийского фронта, в кн. «Сб. работ по военной медицине 3-го Прибалтий-'ского фронта», Б. м., стр. 17—77, 1945.

Шамов В. Н., Организация нейрохирургической помощи во время Отечественной войны, ВМЖ, июль — август 1944.

Шапиро С. Е., Передислокация инфекционного госпиталя, в кн. «Военная медицина в Великую отечественную войну», в. 2, М., стр. 433—435, 1945 (ГВСУ КА).

Шахбазяи Е. С. и Мартынов Д. Л., Хирургическая работа одного ППГ, Хирургия, 9, 1942.

Шевченко Н. А., Лечение и эвакуация раненых и больных в. М-ской армии Южного фронта, в кн. «Тр. 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ КА», М., Медгиз, стр. 108, 1942. Для служебного пользования.

Шелест Я. А., Резюме 1-й научной медицинской конференции М-ской армии, в кн. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 87—88, 1943. Для служебного пользования.

Шер Е. М., Варианты эвакуационной работы в армейском районе при сложной

.оперативной обстановке, в кн. «Тр. 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30 июля 1942 г.», Б. м., стр. 5а—58, 1943.

Шерстнев К. М., Конечный этап эвакуации по назначению, в кн. «Сб. научных работ эвакогоспиталей МЭП-45», Киев, стр. 9—12, 1945.

Шерстнев К. М. и др., Эвакуация раненых военню-саиитарными поездами, в кн. «Военная медицин®в Великую отечественную войну», в. 2, М., стр. 346—349, 1945 (ГВСУ КА).

Ш е х о н и н В. П., К вопросу о планировании работы эвакогоспиталей, Госпитальное делю, 8—9, 1942.

Ширшов А. К-, Организация работы санитарного взвода и объем медпомощи ца БМП, вынос раненых из ротного района и эвакуация их на ;ПМП, в ки. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 19, 1943. Для служебного пользования.

Шматиков М., Санитарное обеспечение наступательной операции, Тыл « снабжение Красной Армии, 4—5, 1942.

Шнейдерман И. М., Сортировочно-эвакуационный госпиталь фронтового эвакуационного пункта, ВМЖ, март — апрель 1944.

Шнейцер Р. М., Роль медицинской сестры в сокращении срока лечения, Медицинская сестра, 7—8, 1944.

Шнирман А. Л., О госпиталях М-ской области, Госпитальное дело, 8—9, 1942.

Шрайбер М. И., Хирургическое обеспечение двух армейских наступательных операций, ВМЖ, 3—4, 1944.

Шубин С. Т., Санитарная слубжа М-ского стрелкового полка в наступательной операции, ВМЖ, май 1944.

Шумкин В. Н,, Работа медицинской сестры в военно-санитарном поезде, Медицинская сестра, 8, 1942.

Щеголь, Опыт организации батальона легко раненых при эвакогоспитале, в кн. .«Тр. 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—39 июля 1942 г.», Б. м., стр. 325—328, 1943.

Щербаков Н. В., Опыт организации работы командира санвзвода, объем медицинской помощи на БМП, вынос! раненых из ротного района и эвакуация на ПМП, в кн. «1-я научно-медицинская конференция М-ской армии», Б. м., стр. 30—31, 1943. Для служебного .пользования.

Э п ш т е й н А. А., Морская эвакуация в условиях осажденного города, в кн. «Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя», М., Медгиз, стр. 68—74, 1943.

Эпштейн Ю. Б., Организационные моменты, влияющие на сроки пребывания в госпитале, Стоматология, 1, 1944.

Эскин И. А., Ранняя транспортировка оперированных и ее значение в организации хирургической помощи раненным в брюшную полость в полевых условиях, Хирургия, 1, 1941. -

Ю р и н о в Г. М., Из опыта работы начальника эвакогоспиталя, Госпитальное дело, 1—2, 1942.

Юрьев С. Ф., Медицинская служба русского флота в XVIII и XIX веках. Тезисы к канд. дисс., Л,, 2 стр., 1945 (Медико-санитарное управление ВМФ. Военно-морская мед. академия, сер. 2, в. 24).

Юрьева, Опыт работы заместителя начальника эвакогоспиталя по медицинской части, Госпитальное дело, 1—2, 1942.

Я в и ч 3. М., Кислородная палата удешевленного типа; Советская медицина, 8, 1942.

Я к о в л е в М. П., Основные Принципы применения средства санитарной эвакуации, в кн. «Средства санитарной эвакуации», М., стр. 5—8, 1942.

Яковлев М. П., С а в е н к о Г. А. и Р ы ж к о в С. И., Носилки и приспособление для выноса раненых, в кн. «Средства санитарной эвакуации», М., сгр. 8—21, 1942.

Янкевич П. Я. и Бабин Л. И., Опыт развертывания хирургического полевого подвижного госпиталя в лесном массиве в зимнее и летнее время, в кн. «Сб. трудов хирургического полевого подвижного госпиталя», Б. м., стр. 5—12, 1944.

Я р и ц и и А. А., Нейрохирургическая помощь черепно-мозговым раненым в госпиталях М-ской армии, в кн. «Лечение ранений черепа и головного мозга», Л., стр. 65—71, 1944.

Ярославцев Б. М., Обслуживание больных и раненых при транспортировке на самолетах, Казанский медицинский журнал, 1, 1941.

Ярощецкий, История болезни в форме тетради, в кн. «Сб. рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП-122 и фронтового МЭП-99». Б. м., стр. 61, 1945.

★

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Ст. лейтенант мед. службы П. И. Аникеев. Опыт применения лечебной гимнастики при послеконтузионном расстройстве речи (заикание) . . 45

ОБМЕН ОПЫТОМ

Майор мед. службы Н. С. Железнякова. Колориметрическое определение примеси ячменя в пшеничной муке . . 48

Майор мед. службы М. А. С а р к и с о в, и лейтенант мед. службы Е. И. Варсонофьев а. Глухая гипсовая повязка при повреждениях бедра и тазовых костей в комбинации с ранением мочевого пузыря 50

Майор мед. службы И. Е. Мацуе в. Дренажи и капельница . . 50

М. Д. М а н и т а. К вопросу о простом способе определения свинца в полуде в присутствии железа и меди..... 52

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

Генерал-майор мед. службы проф. Ф. Г. Кроткое. Сессия отделения гигиены, эпидемиологии и микробиологии Академии медицинских наук СССР 53

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Библиография военной медицины за годы Отечественной войны (1941 — 1945) (продолжение)..... 57

РРОВЕЕМ8 ОР ТНЕРАРЕЦТ1С РНУ81САЕ СПЬТПРЕ

Р1Г81 Е1еи(епап1 Р. I. А п 1 к е} е у. ТйегареиРс ЕхегЫзез 1ог Ше Тгеайпеп! е! ЗреесЬ О181игЬапсез (81аттег1п§) РоПочЛпб СопГиз!оп..... 45

ВР1ЕР И0ТЕ8

Ма]ог Л. 8. 5е1)езпуакоча. Со-1ог1те1Нс ЕзЙтайоп оТ Фе Рге-зепсе о! Ваг1еу 1п ^1rea1 Р1оиг 48

Ма]ог М. А. 8 а г к 18 з о V ап<1 Ыеи-(епап! Е. I. УагзопоНега. Ьаг§е Р1аз!ег Вапда^е 1п Ье81опя о! Ше Решит апд о! Ре1У1с Вопез Ассотрашеб Ьу а В1аббег АУоипд..... . . 50

Ма]ог I. Е. М а 1 з о и) е V. ОгаШа^ез ап<1 Вгорреr Гог В1оо<1 Тгапз-1из!оп..... 50

М. В. М а п 1 (а. То 1Ье РгоЫет о! а 81тр1е. МеИюй Тог Ле Ве<е-сВоп о! Ееай !п Т1и 1п Ле Рге-зепсе о! 1гоп ап<1 Сорреr ... 52

МЕШСАЕ 8ОС1ЕТ1Е8 АХО 8С1ЕХТ1Р1С С0ИРЕКЕЫСЕ8

Марг Оепега1 Р. О. К г о I к о V. 8ез31оп о! Ну^епе, Ер1бет1о-1о§у ап<1 М1сгоЫо1о§у о! Ле Асадету о! Ме<11са1 8с1енсез о! Нге П88К..... 53

вгвиоакАРнт

Со1опе1 I. В. Мак а гоу. В1Ы1о-§гарЬу о! ^аг МеШсШе Ткгои-§1юи< Ше РаШоНс М7аг (1941—1945) (СопНпиед) ... 57

ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ В Ле 1—2 ВМЖ за 1946 г.

Напечатано-.	*Следует читать-.*
'тр. 57, строка 25 сверху Бригврачу т. Мойжес	**Бригврача т. Мойжес**
.тр. 57, строка 54 сверху стр. 25—38	**сгр. : *5-38***

4 руб.

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

6

ИЮНЬ

МЕДГИЗ · 1946

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОЧРОСЫ

Майор ► ед. службы, капд. мед. наук И. Б. Олешке вич. Лечение газовой инфекции бактериофагами 3

Подполковник мед. службы М. А. Цукерман. К вопросу профилактики и терапии шока 8

Майор мед. службы, канд. мед. наук В. А. Игошин. Кожные заболевания среди кавалеристов 11

Майор мед. службы И. И. Юкелис. Лечение дифагом больных фурункулезом и другими гнойничковыми заболеваниями кожи 14

Майор мед. службы В. И. В а р л а м о в. Два случая лечения гнойного менингита пенициллином по способу акад. Н. Н. Бурденко 16

Капитан мед.службы Д. А. Ш п и л ь. Учет маляриков и проведенного лечения их в стрелковом полку 18

Канд. мед. наук. Д. И. Грицкевичи полковник мед. службы В. М. Шустов. О возможности продолжения службы в армии офицеров после ампутации конечностей..... 19

Подполковник мед. службы Ф. Т. Байдалов. Организация специальной помощи раненным в голову в период Бугско-Висленской наступательной операции 29

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Полковник мед. службы И. А. П и в о в а р о в. Обратный авиационный порожняк..... 33

Подполковник мед. службы Б. Н. Лапидус. Опыт работы СЭЛ в период наступления 36

Майор мед. службы Г. С. Белов. Медицинский регулировочный пост 39

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Лейтенант адм. службы П. Т. Го п ч а р о в. Гимназические кольца в лечебной гимнастике . . 40

ССЖТЕМТ8

МЕП1СА1.-РР0РНУ1АСТ1С 0СЕ8Т1-0Х3

Ма]ог о! Мед. Бегущее, Саид. о! Медка! Бскпсез I. В. О1езйке-V 1 с й. Тйе ТгеаГтеп! о(Оазеоиз 1 Десной ХУ11Ь Вас1ег1орйа§е . 3

Ыеи(епап1-Со1опе1 о! Мед. Бегуке М. А. Т з и к е г т а п. Сопсет1П§ Фе С?иез11оп о! Ргорйу!ах1з апд Тпеору о! Бйоск..... 8

Ма]ог о! Мед. Бетсе, Сапд. о! Медка1 Бшепсез V. А. !§о-з ей 1 п. Бкш О1зеазез Ашоп^ Са-уа1гу-Меп..... 11

Ма}ог о! Мед. Бегуке I. I. 1 и к е-'11 з. Тгеа(теп! о! Ригипси1оз18 апд оФег Риги1еп1 5к1п П1зеазез \У1Ф ОгрЬа^е 14

Мч]ого1 Мед. Бегуке V. I. Уа Нагл о у. Т\ео Сазез о! Тгеа1теп1 о! Метп§П18 Риги!еп1а идФ РепкИПп Ьу Фе МеФод о!Асадетк!ап Ц. Ы. Вигдепко . . 16

Сар1ат о! Мед. Бегуке П. А. Б к р 11. Кее1з(га11оп апд ТгеаЬ теп! о! МаГаПа Райетз Сагпед Ои1 1п ап 1п1ап1гу Ее§1теп1 . . 18

Сапд. о(Мед. Бскпсез О. Т. О г Ивке V 1 с И апд Со1опе! о! Мед. Бегуке V. М. 5 11 и в I о у. Оп ГЬе РоззФПИу (о Сопдпие Бегуке а! Фе Агту !ог ОНкегз А 1кг ЕхкетШез Атри1а11оп.. 19

Е1ее!е!1ап(-Со1опе1 о! Мед. Бегуке Р. Т. В а 1 д а 1 о у. Ог^апйаНоп о! БрескИзед А1д Го1 V»оипдед 1п Фе Неад а! Фе РсПод о!' Фе Ви§—У1зШ1а 0Иепз1уе ОрегаИоп 29

0Р0А1Л2АТЮН АКЦ ТАСТ1СЗ ОР ТНЕ МРШСАЬ ЗЕКУЮЕ

Со1опе1 о! Мед. Бегуке I. А. Р1-V о у а г о V. Тйе ' Ке(игп1п§ о! Ешр1у А|гр1апез..... 33

Ь1еи1епап1-Со1опе1 о! Мед. Бетсе В. IV. Ь а р 1 д и з. Ехрепсе о(АУогк о! Фе БапИагу Ер1де-т1о1о§ка! ЕаЬогаФгу 1п РеПод о(ОНепз1Уе..... 36

Марго! Мед. Бегуке С. 5. В е 1 о V. *I* Не Медка! В1з1г1Ьи11п§-Роз1 39

ОСЕЗТ/ОХЗ ОР МНШСАЬ ОУМЫА-ЗТ1СЗ

Ыеикпап! о! Адт. Бегуке Р. Т. О о п-с й а г о у. Оутпазйса! Кш^з И Мед1са1 Сушиазйсз 40

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

6

ИЮНЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
„МЕДГИЗ" — 1946— МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Отв. редактор'^. *И. Смирно»*

Издается с 1823 г. А 10705. Сдано в производство 26/У1 1946 г. Подп. к печати 13/1Х 1946 г. Форм. бум. 70 Х 108716 П. л. 3,5. Уч.-изд. л. 5,9. В 1 печ. л. 69 000 зн.
Тир. 8 800 экз. Цена 2 р. Заказ 336

13-я тип. треста „Полиграфкнига* ОГИЗа при Совете Министров РСФСР.
Москва, Денисовский, 30

Майор мед, службы, канд. мед, наук И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ

ЛЕЧЕНИЕ ГАЗОВОЙ ИНФЕКЦИИ БАКТЕРИОФАГАМИ

Во время финской кампании у нас в СССР впервые были применены для лечения газовой инфекЦии бактериофаги. Бригада проф. Цулукидзе и проф. Покровской, поставившая эти опыты, получила хорошие результаты. Во время Великой отечественной войны бактериофаги для лечения газовой инфекции стали применять с начала 1943 г. Главное военно-санитарное управление Красной Армии для изучения этого вопроса в апреле 1943 г. направило на фронт две бригады: одну на Северо-западный фронт '(врачи Кокин и Леонова) и другую на Калининский фронт (врач Сапожников).

Бригады Кокина и Сапожникова применяли анаэробные бактериофаги как с профилактической, так и с лечебной целью. С профилактической целью бактериофаги применялись раненным в конечности, преимущественно при тяжелых и средней тяжести ранениях. Профилактическому фагированию подвергся 3 441 раненый; из этой группы впоследствии заболело газовой инфекцией 49 человек (1,4% фагированных), умерло 2 (4,1°/»). Из 7 913 раненых, не подвергавшихся профилактическому фагированию, газовой инфекцией 'заболело 342 человека, или 4,3°/о.

Бригада Кокина, работавшая в МСБ и госпиталях первого эшелона ГБА, лечила бактериофагами 224 больных газовой инфекцией; из них умерло 42 человека, или 18,2%. При лечении другими методами смертность при газовой инфекции в среднем была равна 28,4%. По материалам СЭГ Западного фронта, из 436 больных газовой инфекцией, леченных бактериофагами, умерло 4,3%. В другом СЭГ того же фронта из 525 больных, леченных фагами, умер 81 человек, или 15,4%.

В нашем анаэробном отделении[1] бактериофаги с лечебной целью начали применять с сентября 1943 г. Начиная с этого времени, через отделение прошло 700 больных с газовой инфекцией. Оперативному вмешательству (хирургические разрезы и ампутации конечностей) подверглось 692 человека (98,9%); не оперированы, ввиду тяжелого состояния, 8 человек (1,1%). Сроки от момента ранения до развития газовой инфекции показаны в табл. 1.

Таблица 1

Срок развития газовой инфекции	Число случаев	%
На 1-е сутки	15	2.1
2-е и •• * * *	90	12,9
3-и » » • • , »	120	17,1
4-е 99 ® о .	ЮЗ	14,7
5-е » • • • • •	96	13,7
6-е и ® —	68	9,7
7-е » • • • • «	50	7,1
8-м • • —	38	5,4
» 9-е «	30	4,3
На 10-е сутки.....	23	3,3
» II-е „	27	3,9
, 12-е	11	1,6
. 13-е	9	1,3
, 14-е „	8	1,1
. 15-е „	6	0,9
„ 16-е „ • • • • •	6	0,9
Всего ...	700	100,0

[1] Анаэробное отделение обслуживало группу госпиталей второго эшелона гос питальной базы армян.

Как видно из таблицы, инкубационный период газовой инфекции колеблется в широких пределах. Наиболее часто она развивается в первые 7 суток после ранения.

16,9% заболевших газовой инфекцией не подвергались хирургической обработке ран после ранения. У 34,3% заболевших она была явно недостаточной и у 48,8% хирургическая обработка ран была проведена удовлетворительно.

Характер ранения также оказывает значительное влияние на развитие газовой инфекции. Так, при пулевых сквозных ранениях газовая инфекция возникает в 97,6% случаев, при слепых в 2,4%, .в среднем же при пулевых ранениях в 36%; при осколочных слепых газовая инфекция наблюдается в 62,5%, сквозных в 22,8%, множественных в 9,4%, рваных ранах в 5,3%; в среднем при осколочных ранениях в 64% случаев.

Данные о локализации ранений с развившейся газовой инфекцией приведены в табл 2.

Таблица 2

Локализация ранения	Характер ранения		Всего случаев	
	ранения мягких тканей	ранения с повреждением кости	абс. число	%
Голень	45	158	203	29,0
Бедро	86	91	177	25,3
Плечо	25	58	83	Н.9
Предплечье	6	43	49	7,0
Коленный сустав	1	40	41	5,8
Локтевой сустав	—	31	31	4,4
Грудная клетка	10	16	26	3,7
Ягодица	17	8	25	3,6
Культи	21		21	3,0
Множественные ранения	6	6	12	1,7
Прочие	11	21	32	4,6
Всего...	228	472	700	100,0

В 86,4% случаев газовая инфекция развилась в ранах на конечностях (в том числе 73,1% на нижних конечностях и 26,9% — на верхних) и в 13,6% на других областях тела. На нижних конечностях газовая инфекция наблюдалась почти одинаково часто как на бедре, так и на голени. На верхних конечностях она более часто отмечалась на плече. Ранения только мягких тканей были у 32,6% заболевших и ранения с повреждением костей у 67,4%.

Данные о формах газовой инфекции приводятся в табл. 3.

Таблица 3

Форма газовой инфекции	Число случаев	%
Отечная форма	275	39,3
Газовая форма	186	26,6
Смешанная форма	183	26,1
Гангрена	56	8,0
Всего...	700	100,0

Наиболее тяжело процесс развивался при отечной газовой инфекции. При газовой форме он был более легким.

Диагноз заболевания основывался на данных анамнеза и объективного исследования. При опросе ране-

ных особое значение придавалось жалобам на боли в ране. Среди объективных данных важны отек, внешний вид раны, окраска кожи и тимпанит. Для выявления подкожного тимпанита мы применяли легкое постукивание пинцетом Пеана по подозрительному месту (нужно помнить, что тимпанический звук можно получить и у раненых, не больных газовой инфекцией, если поколачивать над раневым каналом). Серьезное внимание обращалось на состояние языка, температуру, учащение пульса, а также на несоответствие между температурой и пульсом. Частый и малый пульс обычно наблюдался в разгаре газовой инфекции; в начале процесса, наоборот, отмечался замедленный и напряженный пульс.

В 102 случаях диагноз газовой инфекции подтвержден бактериологически (табл. 4).

Таблица 4

Данные бактериологического исследования	Результаты исследования	
	абс. число	%
В. рег1г1п§еп5	68	66,7
В. оебетаНепз.....	34	33,4
V. ьерНщие.....	8	7,9
В. Ь18(о1уПси8	2	2,0
В. 8рого§епез	14	13,7
Анаэробы -+- стрептококк.....	6	5,8
Прочие анаэробы.....	32	31,4

Сразу после определения газовой инфекции раненого направляли в анаэробное отделение. Все операции таким больным делались под общим хлорэтиловым наркозом.

Оперативные вмешательства при газовой инфекции заключались в широких разрезах и ампутациях пораженных конечностей. Показаниями к ампутации служили гангренозная форма заболевания, ранения крупных суставов и обширные повреждения длинных трубчатых костей. Во всех остальных случаях производились широкие хирургические разрезы. При операции обязательно вскрывали фасции, удаляли инородные тела, омертвевшие ткани и свободно лежащие костные отломки. Мышцы вскрывали по показаниям, притом острым путем (ни в коем случае не применялся способ тупого расслоения их). Цель хирургических разрезов — уменьшение давления отечной жидкости на сосудистую сеть и создание благоприятных условий для оттока токсинов в повязку, но отнюдь не аэрация пораженных тканей.

Технически мы производили разрезы следующим образом. На бедре делали два разреза: по наружной и внутренней поверхности во всю длину бедра с обязательным вскрытием широкой фасции. При резко выраженном отеке делали третий разрез по задней поверхности бедра. На голени производили три разреза: на каждой из боковых поверхностей и на задней. Разрезы проводились во всю длину голени, а задний обязательно захватывал подколенную впадину. На верхних конечностях разрезы делали в таких же местах. Если газовая инфекция развивалась при ранении передней поверхности грудной клетки, мы производили 2—3 разреза, идущие от грудины дугообразно к подмышечной впадине. В области лопаток делалось 2 разреза от позвоночника к подмышечной впадине. На передней стенке живота производилось 2—3 разреза параллельно пупартовой связке. В области ягодиц—1—2 разреза от крестца к большому вертелу бедра.

После операции на раны накладывали повязки с 10% раствором хлористого натрия. Очень важно правильное бинтование. Излишне тугая повязка вызывает повторное развитие отека. По этой же причине чрезвычайно осторожной должна быть иммобилизация пора-

женных конечностей. В некоторых случаях в первые дни после операции мы фиксировали конечность на кровати подушками и валиками. Транспортную иммобилизацию обычно делали только на 6—8-й день после операции.

После операции раненым (в операционной или на кровати) внутривенно вводили смесь анаэробных бактериофагов с дифагом (стафиллококк +, стрептококк) по 50 см^3 каждого раствора. Когда не было дифага, применяли анаэробные бактериофаги в чистом виде (100 см^3). В обоих случаях эффект получался одинаковый. Повторно бактериофаги вводили на следующий день, всего больные получали инъекции по 2—3 раза. Кроме того, все раненые в течение 3 дней получали под кожу 3—4 л физиологического раствора. Более тяжелым больным переливали 250—500 см^3 крови. В первые 4—5 дней после операции все больные получали до 6 г белого стрептоцида в сутки. Сердечные средства применялись по показаниям. Назначалось вино, обильное питье хлебного кваса и улучшенное питание. Особое внимание мы обращали на уход за ранеными, так как опыт показал, что уход определяет успех лечения. Больных газовой инфекцией эвакуировали во фронтовый тыл только после исчезновения общих *и* местных явлений, но не раньше чем через 8—10 дней после операции.

Несомненно, анаэробные бактериофаги резко улучшают общее состояние раненых: сравнительно быстро исчезают явления интоксикации, снижается температура, пульс становится реже, появляется сон и аппетит. Вместе с улучшением общего состояния раненых ускоряются темпы отторжения некротических тканей. В итоге значительно ускоряется выздоровление раненых и понижается смертность среди них.

Всего мы лечили бактериофагами 452 раненых с газовой инфекцией.

Характер оперативных вмешательств и результаты лечения анаэробными бактериофагами показаны в табл. 5.

Таблица 5

Название операции	Всего случаев	Выздоровело		Умерло	
		абс. число	%	абс. число	%
Широкие разрезы	332	299	90,1	33	9,9
Ампутации	115	89	77,4	26	22,6
Не оперировано из-за тяжелого состояния	5	—	—	5	100,0
Всего	452	388	85,8 (средний %)	64	14.2 (средний %)

Для сравнительной оценки методов лечения мы 248 раненых с газовой инфекцией лечили обычными способами (без бактериофагов). Применение обычных методов вынуждалось временными перебоями в снабжении бактериофагами. Результаты лечения без бактериофагов показаны в табл. 6.

При сравнении данных табл. 5 и 6 видно, что в группе раненых, леченных обычными методами, умерло 19,4%, т. е. на 5,2% больше, чем среди леченных анаэробными бактериофагами. Особенно значительно процент смертности повышен у раненых, которым производились разрезы. Среди раненых, подвергшихся ампутации, а также кооперированных заметной разницы в исходе не наблюдалось.

Для сравнения процента смертности при газовой инфекции мы собрали материал в трех госпиталях, не применявших анаэробных бакте-

Таблица 6

Название операции	Всего случаев	Выздоровело		Умерло	
		абс. число	%	абс. число	%
Широкие разрезы	377	148	83,6	29	16,4
Ампутации	68	62	76,5	16	23,5
Не оперировано из-за тяжелого состояния	3	[illegible]	“	3	100,0
Всего. . .	248	200	80,6 (средний %)	48	19,4 (средний %)

риофагов. В этих госпиталях из 387 раненых с газовой инфекцией умерло 17,3%. Однако необходимо отметить, что» из 387 раненых 60 человек были переданы нашему отделению как нетранспортабельные; из них 11 человек умерло. Если учесть это, процент смертности повысится до 20,2.

Таблица 7

Локализация ранения, осложненного газовой инфекцией	Произведено операций при					
	ранениях с повреждением кости			ранениях мягких тканей		
	всего случаев	умерло		всего случаев	умерло	
		абс.число	%		абс.число	%
Бедро	56	17	39,4	18	2	11,1
Голень	44	10	22.7	6	1	16,7
Коленный сустав	21	6	28,6	—	—	
Плечо	14	2	14,5	1	—	
Предплечье	6	2	33,4	1		—
Голеностопный сустав . .	4	1	25,0	—		—
Плечевой сустав	2		[illegible]	—		—
Локтевой сустав	2	—*	—“	—	—	
Лучезапястный сустав . .	1		—	—	—	—
Тазобедренный сустав . .	2	1	50,0	—	—	
Прочие	5	—	—	—	—	—
Всего. . .	157	39	24,8 (средний °/о)	26	3	11.5 (средний %)

Табл. 7 показывает резуль тэты лечения бактериос загами заненых с газовой инфекцией, подвергавшихся ампутации конечности.

После ампутации конечностей 77% больных выздоровело и 23% умерло. Из раненных в мягкие ткани конечностей умерло 11,5%, из раненых с повреждением костей конечностей — 24,8%. Наибольший процент смертности был (30,4) при ранениях бедра с переломом кости, а наиболее низкий (14,5) при аналогичных ранениях плеча. Высокий процент смертности при ранении голеностопного сустава (25) и предплечья (33,4) нельзя принимать в расчет из-за малого числа случаев. По этой же причине не показателен процент смертности при ранении тазобедренного сустава.

Из 700 раненых с газовой инфекцией, леченных разными методами, выздоровело 588 (84%) и умерло 112 человек (16%). В первые сутки после поступления в анаэробное отделение умерло 18 человек (16,1%), в течение 2—3 суток — 44 (39,3%), в течение 4—5 суток—10 (8,9%),

в течение 6—7 суток—/16 (14,3%), в течение 8—10 суток— 10 (8,9%) и позже 10 суток—14 человек (12,5%). Таким образом, в 55,4% случаев смерть наступила в первые трое суток после операции и в 44,6%— позже 3 суток.

Выводы

1. Осложнение раны газовой инфекцией, по нашим данным, происходит в сроки от 1 до 16 суток с момента ранения, причем в 60,5% случаев в первые 5 дней после ранения.

2. В группе раненых с газовой инфекцией, леченных комплексно ■ (анаэробные бактериофаги + хирургическое вмешательство), выздоровело 85,8%. Смертность в этой группе равна 14,2%.

3. При обычных методах лечения больных газовой инфекцией 1(248 человек) смертность равна 19,4%, т. е. на 5,2% больше, чем при применении анаэробных бактериофагов. Средний процент смертности при разных методах лечения равен 16.

4. Лечение больных газовой инфекцией анаэробными бактериофагами дает хорошие /результаты и должно применяться шире.

★

Подполковник мед, службы М. А. ЦУКЕРМАН

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ ШОКА

В статье «(Профилактика и лечение травматического шока» («Военно-медицинский журнал», июнь 1945) майор мед. службы Х. О. Гаджиев приводит данные о частоте, терапии и исходах шока в П-ской армии во время Великой отечественной войны.

В результате подробного разбора данных автор приходит к заключению: «...ключ к снижению смертности при шоке найден: проведение энергичных противошоковых профилактических и лечебных мероприятий на ПМП».

Нам кажется, что этот вывод слишком категоричен. В нем содержится только часть истины, тогда как есть и другие обстоятельства, о которых следует помнить и учитывать, когда речь идет о снижении смертности при шоке.

Вот об этих других обстоятельствах и нужно рассказать.

Переливание крови на ПМП мы в нашей армии стали практиковать сравнительно рано (с 1942 г.). Однако массовое применение это мероприятие получило лишь в 1943 г.

Переливания крови на ПМП делались в январе 0,4% раненых, в декабре— 8%, в 1943 г. — от 0,8 до 10,7%, в 1944 г. — от 1,3 до 15,5% раненых. Наибольшее количество переливаний крови произведено в те месяцы, когда велись активные боевые действия. Так, например, во время боевой операции Минск — Брест переливания крови на ПМП сделаны 15,5% раненых, при Рижской операции—11%, под Либавой — 11,1% и во время боев в районе Висла — Одер — 8% раненых. Эти цифры свидетельствуют о том, что переливания крови применялись довольно широко.

Вначале существовало мнение, что переливание крови на ПМП невозможно. Пришлось приложить немало усилий, чтобы преодолеть эти взгляды. Систематическое обучение врачей полков, пропаганда метода, настойчивость руководящих органов сделали свое дело. Постепенно переливание крови прочно вошло в систему работы ПМП. Большую услугу оказала следующая мера организационного порядка: если на ДМП

поступал раненый с кровопотерей или в состоянии шока, прежде всего выясняли, сделано ли этому раненому на ПМП переливание крови. Если этого не было сделано — старшему врачу полка посылали «дефектный талон» следующего образца.

Таблица 1

Корешок остается в МСБ

ДЕФЕКТНЫЙ ТАЛОН

Раненому.....
(звание, фамилия, имя, отчество)
..... “ полка, доставленному .....1У4 . . . г.
в МСБ с явлениями..... .
(шок, обильная кровопотеря)
в санчасти полка переливание крови и заменителей ПРОИЗВЕДЕНО НЕ БЫЛО.
, . . . “..... 194 . . г.

Командир МСБ.....

Старшему врачу .... полка

ДЕФЕКТНЫЙ ТАЛОН '

Раненому.....
(звание, фамилия, имя, отчество)
.... “ полка, доставленному.....164 ... г.
в МСБ с явлениями.....
(шок, обильная кровопотеря)
в санчасти полка переливание крови и заменителей ПРОИЗВЕДЕНО НЕ БЫЛО.
. “.....194 ... г.

Командир МСБ.....

Инспектирующее лицо (армейский хирург и др.) по остававшимся в 'МСБ корешкам всегда могло проверить, в каком полку и какому раненому на ПМП не сделали переливания крови или заменителей при явных к тому показаниях. Книжки таких дефектных талонов имели все МСБ армии.

По мере увеличения числа произведенных переливаний крови процент смертности снижается, но только до известного предела. Далее кривая переливаний крови поднимается все выше, а кривая смертности, почти не изменяясь, принимает монотонный характер.

Таким образом, абсолютной зависимости между смертностью и количеством произведенных переливаний крови при шоке в МСБ установить не удается. Проанализировав в свое время эту кривую и убедившись, что увеличением числа переливаний крови в МСБ еще более снизить смертность при шоке невозможно, мы поставили себе задачей выдвинуть противошоковые мероприятия (и в первую очередь переливание крови) вперед — на ПМП.

О результатах работы, проведенной медицинскими работниками армии в этом направлении, говорят такие цифры: в 1942 г. переливания крови на ПМП сделаны 2,9% раненых, прошедших через ПМП, в 1943 г. — 11,2% и в 1944 г. — 23%.

Продвижение комплекса противошоковых мероприятий вперед —на ПМП — снизило смертность от шока во время некоторых боевых операций до 15—17%. Наименьший процент смертности от шока был в тех соединениях, в которых противошоковые мероприятия проводились наиболее полно (ваго-симпатическая блокада, анестезия нервных стволов, морфин, алкоголь, первичная иммобилизация, жидкость Попова № 6, тепло, переливание крови и т. п.).

Однако две предпоследние боевые операции 1945 г. внесли в наши суждения по этому вопросу существенные поправки (табл. 2).

Таблица 2

Название операции	Перелито крови в МСБ при шоке	Смертность от шока в МСБ в %	Число переливаний крови на ПМП к числу всех переливаний в дивизии
Висла—Одер ("январь 1945 г.) . . .	138,5	15,6	*22,7*
Преследование противника и бои в Северной Померании (февраль 1945 г.).....	180,0	30,0	51,1

Таким образом, в феврале все показатели были значительно лучше, чем в январе. На П'МП в феврале было сделано более половины всех переливаний крови, произведенных в дивизии, а в МСБ кровь при шоке переливалась гораздо интенсивнее, чем в январе. Тем не менее в феврале смертность от шока вдвое превысила январские цифры. В чем же дело?

Ответ мы находим в оперативной и санитарно-тактической обстановке, Влияющей на смертность от шока. В январе (прорыв на Висле) этапы санитарной эвакуации были резко придвинуты к переднему краю; МСБ располагались на плацдарме в 2—3 км от переднего края. Раненых быстро доставляли на пункты медицинской помощи. В феврале этапы эвакуации были растянуты (преследование противника), сроки доставки раненых удлинились. О значении сроков доставки раненых т. Гаджиев указывает в своей статье, а другие, на первый взгляд мелкие факторы оставляет без внимания. Речь идет об общем состоянии солдата и офицера перед боем и об оперативной обстановке. В январе бои шли после значительного отдыха частей, солдаты были в хорошем физическом состоянии. Во второй половине февраля бои носили очень упорный характер; в них участвовали люди после 500 км марша при нестойкой, сырой погоде (туманы, дожди, снегопад, морозы, сменявшие друг друга).

Утомление от длинных переходов, непрерывные боевые столкновения в малоудовлетворительных климатических условиях при недостаточной витаминизации пищи приводили к тому, что раненые значительно хуже переносили шок и смертность от шока возросла.

О влиянии оперативной и санитарно-тактической обстановки на статистику шока указал генерал-полковник мед. службы. Е. И. Смирнов в своем выступлений на VI пленуме Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ (Красной Армии. Приводимые данные подтверждают положения, высказанные Е. И. Смирновым.

Вот почему «ключ» т. Гаджиева иногда не сможет открыть «замка» при профилактике и терапии шока.

Резюмируя сказанное, можно согласиться с т. Гаджиевым, что положение Лепукалн и Бубнова: «Важно не что вливать, а как вливать», односторонне. Согласен с поправкой т. Гаджиева: «Важно не что вливать, а когда вливать!». Но не следует забывать и «кому вливать!». Я бы сказал: важно «что, когда и кому вливать».

«Когда и кому» —< ясно из изложенного в настоящей статье и в статье т. Гаджиева. «Что переливать» — это тема для специального выступления. Пока отметим, что положение «лечить больного, а не болезнь» целиком относится к шоку. Раненые по-разному реагируют на различные противошоковые средства. Поэтому в каждом отдельном случае нужно иметь индивидуальный план выведения раненого из шокового состояния, и далеко не безразлично, «что» переливать.

★

Майор мед, службы канд. мед, наук В. А. ИГОШИН

КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ КАВАЛЕРИСТОВ

В 1941—1944 гг. в М-ской кавалерийской дивизии мы провели ряд наблюдений, имея в виду следующие задачи: 1) изучить кожные болезни, наблюдающиеся среди кадровых кавалеристов различных сроков службы; 2) выяснить степень поражаемости кожными болезнями в различных подразделениях—строевых, нестроевых и специальных, и 3) выяснить, нет ли патологических кожных процессов, характерных для кавалеристов.

Мы бывали также в стрелковых соединениях и могли в наши наблюдения ввести элементы сравнения.

Прежде всего было обращено внимание на изучение у кавалеристов потертостей. Наблюдения велись во время учебных выходов, длительных маршей и при стационарном расположении частей.

Мы различали три степени потертости: первая степень — выраженная эритема, вторая степень — эритема и пузыри, третья степень — эритема, эрозии, язвы.

Обычно появлению клинически ясных изменений кожи предшествовало чувство жжения, болезненность в области того или иного участка кожи, связанные, видимо, с раздражением нервных окончаний кбжи. Затем появлялась краснота, довольно резко отграниченная или со стертыми очертаниями. Покраснение кожи имело разнообразные оттенки, до насыщенно синюшного. Размер пораженных участков был различный и зависел от причинных моментов. Таковы признаки потертости первой степени.

В дальнейшем начинает образовываться пузырь (потертость второй степени). Размеры пузырей от едва заметных (1—2 мм в диаметре) до 1—4 см. Форма то правильная, круглая, то различной конфигурации. Пузыри то были напряженными, то имели дряблую покрышку. Вокруг пузыря мы всегда видели воспалительный венчик в 1—2—5 мм шириной. Субъективные расстройства (болезненность, чувство жжения) при потертостях второй степени выражались значительно интенсивнее, чем при начальных явлениях и, по показаниям заболевших, распространялись дальше пузыря и воспалительной зоны вокруг него. Пузырь имел влажное эрозированное дно.

В дальнейшем процесс переходит в третью степень с более глубокими эрозиями и весьма болезненными язвами различной величины и формы. В окружности язв на том или ином протяжении мы наблюдали воспалительную реакцию. В некоторых случаях имелись осложнения — лимфангоиты, пиодермиты.

Мы старались уже при первых проявлениях потертости (воспалительная краснота) принимать лечебно-профилактические меры и не допускать нарушения целости эпидермиса и появления эрозий и язв.

Для своевременного выявления потертостей первой степени необходима обследовательская работа, так как обычно боец обращается за медицинской помощью лишь тогда, когда потертости достигают значительных размеров, повреждается эпидермис и пострадавший выходит из строя. Сначала обследования вели мы сами, впоследствии с ними легко справлялись санитарные инструкторы подразделений.

Потертости у кавалеристов мы наблюдали главным образом во время длительных выходов и маршей. При стационарном расположении войсковой части потертости были редки. Так, при длительных выходах потертости (первой, второй и третьей степени) имело от 3 до 8°/о бойцов, а при стационарном расположении — не более 0,3%.

Весьма интересны данные о потертостях, в зависимости от сроков службы в кавалерии. Наибольшее количество случаев падает на только

что пришедших в кавалерию. С нарастанием срока службы потертости наблюдаются реже. Если принять частоту .потертости среди пополнения первых 3 месяцев службы за единицу, то у кавалеристов первого года службы она составит 0,85, второго года службы — 0,47 и третьего года службы — 0,19.

Чем „ больше военнослужащий кавалерийской части тренирован в верховой езде, тем реже он подвергается потертостям. Известную роль, разумеется, играет и привыкание кожи к трению.

По мере приобретения опыта военнослужащий начинает сам устранять причины потертостей — дефекты седла, обуви, обмундирования и т. д. Вот почему мы не наблюдали потертостей у кавалеристов, прослуживших в кавалерии по 5—8—10 лет.

Интересны сравнительные данные о потертостях у военнослужащих различных подразделений кавалерии. Если принять за 100 количество имеющих потертости во всей части, то в различных подразделениях она будет составлять: у конников строевых-[1]- 13,9, у кавалеристов-артиллеристов— 13,3, у кавалеристов-пулеметчиков — 14,1, у кавалеристов-минометчиков— 14,3, у кавалеристов хозотделений — 27,3, у кавалеристов музыкального взвода — 17,1.

Эти данные подтверждают, как велико значение натренированности в верховой езде. Бойцы хозяйственных взводов и некоторых других подразделений, менее натренированных в верховой езде, во время длительных переходов и маршей чаще получают потертости, чем строевые конники.

Причины потертостей разнообразны. Они бывают прямые, косвенные и относительные.

Среди прямых причин потертостей дефекты седла (шероховатость кожи, складки) составляют 15,4%, дефекты обмундирования и белья (рубцы на белье, недостаточно хорошая подгонка верхнего обмундирования) — 29,3%, дефекты обуви •— 12%, другие мелкие причины — 13,3%, невыясненные причины — 30%.

К числу относительных причин, способствующих развитию потертостей, нужно отнести метеорологические условия. В летние, жаркие месяцы потертости наблюдаются чаще, так как потная кожа легко мацерируется. В дождливую, сырую пог,оду влажное обмундирование скорее ведет к мацерации кожи, чем сухое. Конечно, эти факторы неустранимы, но о них следует помнить. В походах при первой же возможности нужно организовать сушку белья и обмундирования.

В то время как у бойцов стрелковых соединений потертости бывают главным образом на ступнях ног, у кавалеристов, разумеется, чаще поражаются другие части тела (см. таблицу).

Локализация	% поражаемое™ потертостями			Общий % поражаемости
	первая степень	вторая степень	третья степень	
Внутренняя поверхность бедер	28,3	9,5	4,5	42,3
Внутренняя поверхность голеней	11,2	0,9	0,1	12,2
Наружная поверхность голеней	3,2	1,0	2,9	7,1
Область ягодиц	17,9	2,9	2,1	22,9
Область спины	1,2	1,5	2,1	4,8
Ступни	1,3	1,5	1,7	4,5
	3,0	2,0	1,2	6,2
	66,1	19,3	14,6	100,0

Таким образом, у кавалеристов потертости чаще всего ^наблюдаются на внутренней поверхности бедер, на ягодицах, внутренней и наружной

поверхностях голеней. Потертости на спине вызваны плохой подгонкой винтовочного ремня. Потертости на ступнях наблюдались только у военнослужащих специальных подразделений и были связаны с ходьбой.

Для борьбы с потертостями в кавалерийском полку необходимо вести разнообразную разъяснительную работу, охватывающую каждое специальное подразделение.

Лечить больных с потертостями в полевых условиях нелегко. Мы стремились применять простые методы лечения, доступные санитарному инструктору, и в то же время достаточно эффективные.

При потертостях первой степени рекомендуем припудривание (2—3 раза в день) пораженного места порошком, состоящим из равных частей талька и окиси цинка.

При потертостях второй степени мы применяли следующее лечение: I) область поражения обтирали спиртом; 2) покрышку пузыря асептически прокалывали, оставляя ее на месте; дня через два, т. е. после эпителизации, мы покрышку снимали и 3) накладывали мазевую повязку.

Более просты и достаточно эффективны мази следующих составов: ксероформа, дерматола и окиси цинка по 10 г, вазелина 100 г или таннина 3—5 г, вазелина 100 г.

При потертостях второй степени (в зависимости от локализации) следует освобождать больных от верховой езды на 2—4 дня.

При потертостях третьей степени лечение проводилось по такому плану: 1) окружность поражения обтирали спиртом или бензином; 2) дно язвы тушировали 3% перекисью водорода или 3% раствором марганца; 3) накладывали мазевую повязку, как и при потертостях второй степени; 4) при осложнениях лимфангоитом проводилась стрептоцидотерапия. Обязательно введение противостолбнячной сыворотки.

Освобождение от верховой езды требовалось во всех таких случаях.

У многих кадровых кавалеристов, прослуживших 5—10—15 и более лет, мы наблюдали ограниченные гиперкератозы. 'Мы называли их «травматические» гиперкератозы. Это вторичный реактивный процесс кожи на постоянную травматизацию. На месте поражения кожа утолщена. Воспалительной реакции не отмечается. Наоборот, кожа здесь имеет некоторый синюшный оттенок. Рисунок кожи подчеркнут. Всегда происходит мелкое шелушение. По сравнению с окружающими участками кожи болевая чувствительность несколько понижена. Границы расплывчаты. В 2 случаях на месте гиперкератозов наблюдались бородавчатые разращения. Травматические гиперкератозы чаще наблюдаются в межъягодичных складках и на внутренней поверхности бедер. Субъективные расстройства отсутствуют или незначительны. Для смягчения кожи на этих участках мы применяли 2—3°/о салициловую мазь.

У военнослужащих других родов войск таких «травматических» гиперкератозов мы не наблюдали. Их надо считать характерными для кавалеристов с длительным сроком службы.

Прочие кожные болезни у кавалеристов встречаются не чаще, чем у военнослужащих других родов войск. Тем не менее мы считаем необходимым остановиться на некоторых из них. Так, экзема острая наблюдалась в 0,2%, экзема хроническая — в 0,8%, чешуйчатый лишай — в 0,1%, пиодермия — в 1,7%, эпидермофитии — в 2,6%, другие кожные болезни — в 1,4%, чесотка — лишь в-единичных случаях.

Заболевания кожи в местах постоянного ее раздражения у кавалеристов могут часто обостряться. Иногда приходится ставить вопрос о переводе таких лиц в другой род войск.

Даже при эфемерных формах пиодермии на уязвимых участках кожи необходимо принимать лечебные и профилактические меры во избежание глубоких и распространенных заболеваний. Санацию ссадин, легких травматических повреждений необходимо делать своевременно

и тщательно. Только таким путем можно снизить заболеваемость пиодермией.

(Как видно из приведенных данных, в кавалерии эпидермофитией поражается 2,6% личного состава. Это эпидерморфитии с острым и подострым течением и ярко выраженными клиническими проявлениями. Мы тщательно обследовали личный состав двух крупных подразделений различных кавалерийских полков и убедились, что эпидермофитии в хронической стадии, а также стертые формы и эпидермофитии с доброкачественным течением, не беспокоящие больных, наблюдаются значительно чаще. В одном подразделении эпидермофитиями было поражено 6,7%, в другом — 8,9% бойцов.

Борьба с эпидермофитиями в кавалерийских частях не менее важна и актуальна, чем в других войсковых соединениях. Работой по оздоровлению должны руководить специалисты-дерматологи.

Выводы

1. Кожные заболевания у военнослужащих кавалерийских частей встречаются не чаще, чем в других родах войск.
2. Специфических кожных заболеваний у кавалеристов нет. У лиц, длительно служащих в кавалерии, встречаются характерные локализованные «травматические» гиперкератозы, не вызывающие болезненных ощущений и не требующие лечения.
3. Наибольшее значение для военнослужащих кавалерийских частей имеют потертости.
4. Более всего уязвимы у кавалеристов ягодицы, внутренние поверхности бедер, внутренние и наружные поверхности голеней.
5. Борьба с кожными болезнями в войсковых частях должна проводиться под руководством дерматологов.

★

Майор мед. службы И. И. ЮКЕЛИС

ЛЕЧЕНИЕ ДИФАГОМ БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛЕЗОМ И ДРУГИМИ ГНОЙНИЧКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

Лечить бактериофагом больных фурункулезом впервые начали во Франции. Брюноз и Майзен в 1921 г. лечили бактериофагом 10 таких больных, которые выздоровели через несколько дней. Грацио и Джамен подтвердили эти первые результаты. 'Методика применения бактериофага: 2 подкожные инъекции по 8—4 см^3 через 24 часа и прием внутрь ежедневно по 10—20 см^3 в течение 4—5 дней. Годюруа, (Камов и Дальзас лечили бактериофагом 103 больных фурункулезом, карбункулами и сикозом. В 3—4 дня было излечено 73% больных. Галли из 45 больных вылечил бактериофагом 86,6% за 4—10 дней.

В Советском Союзе впервые (в 1933 г.) стал применять бактериофаг при фурункулезе Лебеденко из клиники акад. Н. Н. Бурденко. На всесоюзной конференции хирургов в 1934 г. Лебеденко доложил о хороших результатах лечения бактериофагом 88 больных фурункулезом. Левит (также из клиники Бурденко) сообщил о лечении стафилофагом 33 больных, из которых 6 больных имели одиночные фурункулы и 27 — рассеянный множественный рецидивирующий фурункулез. Методика лечения — примочки и подкожные инъекции по 0,4—1 г. Особенно эффективным оказался метод подкожных инъекций стафилофага. Излечены все больные. Беридзе лечил стафилофагом 140 больных с пиококковыми глубокими и поверхностными поражениями. 75% 'боль-

них выздоровели в сроки от 1 до 5 дней. Вартапетов из 50 больных пиодермией вылечил 30% в сроки от 1 до 14 дней. Гитман и Минскер изучили действие стафилофага на 90 больных фурункулезом, гидраденитом, карбункулом и хронической пиодермией. Метод применения — подкожные или внутрикожные инъекции. При подкожных инъекциях ежедневно в течение 4—5 дней вводилось по 0,75—2 г стафилофага. При внутренних инъекциях по 0,2—1 г через 1—2 дня применялось по 3—4 инъекции. Выздоровело 74% больных. Рецидивы наблюдались в 9 случаях.

Мы лечили дифагом 44 больных с гнойничковыми заболеваниями кожи. Из них фурункулез был у 30 больных, глубокая язвенная пиодермия— у 12 и фолликулярная пиодермия — у 2 больных.

Для лечения мы применили дифаг '(стафилококковый и стрептококковый бактериофаг) в виде внутривенных вливаний по 10 см^3 через день. Излечено полностью 72% больных в 16-дневный срок. По отдельным группам заболеваний .результаты лечения представляются в следующем виде:

1. Универсальный хронический рецидивирующий фурункулез (10 случаев). Больные получили по 9 вливаний дифага; длительность лечения в среднем равна 23 дням. 7 больных полностью излечены. Состояние остальных 3 больных значительно улучшилось.

2. Регионарный фурункулез {6 случаев). Больные в среднем получили по 6 вливаний дифага. Длительность лечения в среднем 15 дней. 4 человека полностью излечены, у 2—'значительное улучшение.

3. Одиночный хронический рецидивирующий фурункулез (15 случаев). Каждый больной этой группы получил в среднем по 5 вливаний дифага. Длительность лечения 12 дней. Излечено 10 человек, у 5 состояние значительно улучшилось.

4. Глубокая язвенная пиодермия (12 случаев). Больные получили по 6 вливаний дифага. Длительность лечения 18 дней. 9 человек излечены, у 3 — значительное улучшение.

5. Фолликулярная хроническая рецидивирующая пиодермия (2 случая). Больные получили по 4 вливания. Длительность лечения 11 дней. Излечены оба больных.

Дифаг больные переносили хорошо. У подавляющего большинства никаких побочных явлений не было. Только в двух случаях наблюдалась головная боль, в одном — головокружение и в одном —небольшой озноб вскоре после вливания. У 3 из этих больных был универсальный хронический рецидивирующий фурункулез. По наблюдениям большинства авторов, применявших бактериофаг (правда, подкожно), побочных явлений обычно также не наблюдалось (Левит, Лукина, Годюруа, Галли). Беридзе наблюдал побочные явления в виде повышения температуры, головной боли и озноба у 40 из 90 больных. Гитман и Минскер наблюдали общую реакцию в виде головокружения, озноба, общей слабости и тошноты у 60 из 90 больных. Повышение температуры до 37,8° они заметили у 44 больных. Очаговая реакция наблюдалась у 6 больных.

Побочные явления, отмечаемые Беридзе, Гитман и Минскером, объясняются тем, что эти авторы пользовались бактериофагом в белковой среде. Наш дифаг изготовляется Институтом им. Мечникова в Москве на безбелковой среде.

Методика применения бактериофага очень разнообразна. Известно местное применение в виде примочек, орошений, мазей, внутрикожное —мелкими дозами, подкожное — в очаг поражения и поблизости от очага, внутримышечное, внутреннее и, наконец, внутривенное. Не получив удовлетворительных результатов при подкожном введении бактериофага и приеме его внутрь, мы испытали метод лечения внутривенными инъекциями, стремясь дольше держать больного под дей-

■бтвием дифага, так как заболевания фурункулезом в большинстве слу«3 чаев характеризуются хронически рецидивирующим течением. '

Крестовникова и Губин при подкожном введении бактериофага уже через 8 часов 30 минут не находили следов бактериофага в тканях и органах. Смирнов и Гольдин обнаружили бактериофаг в лимфатических железах через 13 суток, в селезенке — через 15 суток после введения. При внутривенных введениях бактериофаг обнаруживается в течение 16—48 часов; Перец и Бояринова обнаруживали бактериофаг, введенный внутривенно мышам, в селезенке и легком через 26 часов после инъекции. Имеются, однако, указания на возможность задерживающего влияния крови на литическую активность фага.

Наш клинический опыт показал большую активность внутривенных инъекций при лечении фурункулеза по сравнению с подкожным введе- ; нием или приемом внутрь. Нет никаких оснований стремиться к длительному применению фага, ибо, как указывают некоторые авторы, в организме больных возможно образование антибактериофага. По нашему опыту нет надобности вводить бактериофаг более 4—5 раз, но целесообразно повысить разовую дозу до 30—40 см^3. Разные фаги обладают различной вирулентностью по отношению к тем или иным штаммам бактерий. Поэтому, применяя выделение бактерий из больного очага и контролируя лизирующие свойства бактериофага по отношению к выделенным возбудителям заболевания, можно добиться при лечении лучших результатов. Хорошее терапевтическое действие оказал дифаг при лечении больных, страдающих универсальным хроническим рецидивирующим фурункулезом и асбессовидным фурункулезом.

Однако описанный нами метод лечения не является специфичным, и мы рекомендуем комбинировать его с местной терапией.

Выводы

1. Внутривенные инъекции дифага при лечении пиококковых заболеваний кожи необходимо комбинировать с местным лечением. Это значительно ускоряет выздоровление больных.
2. Особенно эффективны внутривенные инъекции дифага при распространенных хронически рецидивирующих фурункулезах и абсцессовидных формах фурункулов. В некоторых случаях удалось излечить больных только внутривенным введением дифага.
3. 'Метод лечения безопасен. Серьезных побочных явлений не наблюдается даже при введении 40—50 см^3.
4. Курс лечения дифагом должен ограничиваться 4—5 вливаниями, причем ежедневно вводится по 30—40 ом^3. ,

★

Майор мед, службы В. И. ВАРЛАМОВ

ДВА СЛУЧАЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА ПЕНИЦИЛЛИНОМ ПО СПОСОБУ акад. Н. Н. БУРДЕНКО

Старшина Н. 3., 23 лет, поступил в госпиталь 26.1X.1945 г. с проникающим ранением черепа в левой лобно-теменной области, с вдавлением костных отломков в вещество мозга. Повреждение было нанесено тупым орудием.

Пострадавший экстренно оперирован. При операции расширена костная рана в пределах имевшейся эпидуральной и субдуральной гематомы. Удалены костные отломки и кровяные сгустки, освежены края

твердой мозговой оболочки, произведен гемостаз. Операционная рана засыпана сульфидином, дренирована тонкими резиновыми выпускниками и сужена швами, наложенными на твердую мозговую оболочку и кожу. Тотчас после операции внутрь .назначен сульфидин до 6 г ежедневно.

В течение 4 дней после операции состояние больного было вполне удовлетворительным. На 5-й день температура поднялась до 38°, пульс стал редким и напряженным, появилась рвота, затемнение сознания, частые припадки корковой эпилепсии. Лейкоцитоз 11 000, мутная спинномозговая жидкость с большим содержанием клеток. Пульсация мозгового вещества в месте костного дефекта исчезла. При неврологическом исследовании отмечены ригидность затылочных мыши, положительные симптомы Кернига и Бабинского. Диагносцирован гнойный менингит. Состояние больного признано угрожающе тяжелым.

Введено 10 000 оксфордских единиц пенициллина в правую сонную артерию. Одновременно начато введение пенициллина внутримышечно по 15 000 единиц каждые 4 часа.

На следующий день после введения пенициллина был последний кратковременный эпилептический припадок. Рвоты прекратились, температура упала до нормы, пульс достиг 64 ударов в минуту, появилась пульсация мозгового вещества. Через 2 дня лейкоцитоз в крови снизился до 6 000, спинномозговая жидкость стала прозрачной. В дальнейшем операционная рана закрылась первичным натяжением, и больной через месяц после поступления в госпиталь выписан в часть.

Красноармеец В. Т., 19 лет, поступил в госпиталь 4.1.1946 г. в тяжелом состоянии с. флегмоной левой орбиты и эндофталмитом левого глаза и выраженными менингеальными симптомами. Температура 39,3°,. пульс 56 ударов в минуту, напряженный. Лейкоцитов 23 000; цитоз в спинномозговой жидкости равнялся 935; преобладали нейтрофильные лейкоциты.

Воспалительный очаг был вскрыт двумя глубокими над- и подглазничными разрезами; трижды введен пенициллин в сонную артерию по 30 000 оксфордских единиц. Одновременно этот же препарат вводили внутримышечно в количестве 15 000 единиц каждые 4 часа.

На следующий же день после операции и введения пенициллина общее состояние больного резко улучшилось. Температура в течение 6 дней постепенно пришла в норму, пульс достиг 68—70 ударов в минуту и приобрел нормальное напряжение, менингеальные симптомы исчезли. Лейкоцитоз в крови снизился до нормальных цифр, спинномозговая жидкость стала прозрачной. Больной находится на пути к полному выздоровлению.

В обоих случаях течение заболевания было угрожающе тяжелым. Воспалительный процесс мозговых оболочек в первом случае развился, несмотря на сульфамидотерапию, начатую тотчас после операции. В результате эндокаротидного введения пенициллина воспалительный процесс закончился абортивно.

Во втором случае воспалительные явления в мозговых оболочках стихали постепенно. Это, видимо, следует объяснить обширным, гнойным расплавлением клетчатки в орбите.

Конечно, на основании 2 случаев нельзя делать каких-либо выводов. Тем не менее хорошие результаты пенициллинотерапии гнойного менингита у больных с неблагоприятным прогнозом позволяют говорить, что пенициллин — чрезвычайно мощное средство лечения гнойного менингита, особенно при введении препарата по способу, предложенному акад. Н. Н. Бурденко.

★

Капитан мед, службы Д. А. ШПИЛЬ

УЧЕТ МАЛЯРИКОВ И ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ИХ В СТРЕЛКОВОМ ПОЛКУ

!Мы в полку применяем очень простую и вместе с тем оперативную форму учета маляриков и их лечения.

В санитарной роте заводят список маляриков по прилагаемой форме. Такие же списки с той лишь разницей, что каждая графа последнего пункта обычно разделяется на две части: число и роспись в получении медикамента, имеются на каждом БМП, а для спецподразделений — у специально выделенного фельдшера ПМП. Кроме того, заводятся карточки маляриков.

Всех болевших и болеющих малярией тщательно учитывают, выявляя их при опросе личного состава и прибывающих пополнений. Это облегчается тем, что возвращающиеся из лечебных учреждений до оформления их приказом штаба полка являются на ПМП и проходят первичное обследование состояния здоровья. Всей работой по лечению маляриков руководит младший врач полка. К нему в назначенное время ежедневно являются с докладами фельдшеры, работающие по малярии. !Врач на основании этих докладов и отметок в списках делает соответствующие отметки в своем списке .и дает указания о дальнейших мероприятиях.

Список маляриков и учет их лечения на май 1945 г. в стрелковом полку

Военное звание, подразделение	Рядовой 3-й стрелковой роты
Фамилия и инициалы	Федоров И. С.
Г од рождения	1917
С какого времени страдает малярией и предшествующее лечение	Май 1944 г., МСБ май — июнь 1944 г 2 курса, октябрь — 1 курс (акрихин)
Когда был последний приступ	5.Х.1944 г.
Форма малярии	Трехдневная

Продолжение формы

1	2 | 3	4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	10	11	12 |13	14 |15
—	— —	Акрихин 0,1Х3 —				
16_	17 |18	19 |20 |21 122 [23 |24	25	26 [27 |28	29 ЗС	31
	Акрихин **0,1Х3**	Команди-ровка				

Дни, месяцы, отметки о лечении, рецидивах и т. д.

Канд. мёд. наук Д. И. ГРИЦКЕВИЧ

и полковник мед. службы В. М. ШУСТОВ

О ВОЗМОЖНОСТИ ПРОДОЛЖЕНИЯ СЛУЖБЫ В АРМИИ ОФИЦЕРОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Во время Великой отечественной войны свыше: 70% раненых бойцов и командиров Красной Армии снова возвращались в строй. Большая часть остальных раненых, уволенных из армии, возвращалась к труду. Лишь небольшое количество пораженных в боях с невосполнимыми физическими дефектами (например, после ампутаций) теряет трудоспособность. Но дополнительными мерами в огромном большинстве случаев удается вернуть трудоспособность и этой группе раненых.

Процент раненых с ампутированными конечностями по отношению ко всем раненым в первую мировую войну составлял: в русской армии— 5,2 (Приоров), в иностранных армиях {без частичных ампутаций стоп и кистей): в английской—-2,05, французской—1,02, американской — 1,82.

Благодаря самоотверженной работе медицинских работников как на фронте, так и в тылу во время Великой отечественной войны удалось значительно снизить процент ампутаций. Акад. Н. Н. Бурденко считает, что в нашей армии число раненых с ампутированными конечностями составляет 2% к числу всех раненых. По материалам Ленинградского фронта, ампутация и экзартикуляции (исключая пальцы) составляли 2,4% всех санитарных потерь (Куприянов). Однако и этот процент ампутаций нельзя считать низким. Поэтому группа раненых с ампутированными конечностями должна привлекать наше внимание. Особенно бережно нужно относиться к кадровому офицерскому составу — специалистам военного дела, имеющим богатый боевой опыт, для которых военная служба стала профессией.

Многие раненые офицеры с ампутированными конечностями настойчиво просили снабдить их хорошими протезами и вернуть в армию. Таких просьб было так много, что органы врачебной экспертизы не могли не прислушаться к ним. Эти просьбы еще в начале 1942 г. побудили нас заняться изучением вопроса, может ли офицерский состав после протезирования продолжать службу в Красной Армии. Трехлетние наблюдения позволяют нам положительно ответить на этот вопрос. Офицеры, потерявшие одну конечность, после протезирования успешно продолжают службу в армии.

Протезы применяли еще в глубокой древности. В России протезное дело начало развиваться только к концу XIX столетия. До этого инвалиды обычно сами изготовляли самодельные деревяшки (клюшки) или заказывали их мастерам-самоучкам. Правда, еще в 1808 г. изобретатель-самоучка Иван Петрович Кулибин изобрел «механическую ногу», которой снабдил офицера-инвалида Непойцина. Протез был послан в Медико-хирургическую академию и признан там самым совершенным из всех существующих. К сожалению, это изобретение Кулибина, как и многие другие, не было реализовано царским правительством и о чем' скоро забыли.

Первая мировая война дала мощный толчок развитию протезирования. В 1915 г. многие организации на Западе настаивали на изъятии из общих лазаретов лиц, лишившихся конечностей, и сосредоточивали их в специальных госпиталях. Один из таких госпиталей на 500 коек для раненых с ампутированными конечностями был открыт в Англии, близ Лондона. Затем такие же госпитали были открыты и в других пунктах страны.

Примеру Англии последовали многие страны. Например, в Венском ортопедическом институте было сосредоточено более 1 000 раненых с ампутированными конечностями.

В России существовал только один 'Мариинский приют в Петрограде. В нем было)75 коек, ас 1915 г. — 200. Во время первой мировой войны в Москве на благотворительные средства открылся второй приют для ампутированных. Протезы изготовлялись в частных мастерских.

В нашей стране протезирование стало широко развиваться липн после Октябрьской революции. Создана государственная протезна? промышленность, имеющая мощные протезные заводы (московские им. К. Маркса и им. Семашко; ленинградские — протезный .завод и фабрика ортопедической обуви и др.). Вновь созданные Ленинградский и Московский научно-исследовательские институты протезирования начали разработку научных основ протезного дела. Во время Великой отечественной войны количество протезных предприятий увеличилось; организованы специальные протезно-ортопедические госпитали. Для разрешения научных и организационных вопросов протезирования привлечены крупнейшие ученые и специалисты. Все это открыло большие возможности для протезирования инвалидов и разработки проблем о пределах восстановления трудоспособности.

В первые месяцы войны с немецкими захватчиками в Московский научно-исследовательский институт протезирования поступила группа летчиков для долечивания и протезирования. По существовавшим тогда положениям эти летчики после окончания лечения и получения протезов подлежали увольнению из армии и снятию с военного учета. Но раненые офицеры стали просить, чтобы их оставили в армии. В виде опыта было решено эту просьбу удовлетворить.

В дальнейшем за три года мы оставили для продолжения военной службы 62 офицеров с ампутированными конечностями, т. е. около 30% всех раненых офицеров, закончивших лечение и протезирование в институте. В их числе были: 1 полковник, 3 подполковника, 6 майоров, 15 капитанов, 8 старших лейтенантов, И лейтенантов, 8 младших лейтенантов, 4 воентехника и 6 человек прочих.

Эти офицеры распределялись по должностям, которые они занимали до ранения, следующим образом: 4 командира полков и бригад, 4 командира батальонов, 14 командиров рот и взводов, 4 начштаба полков и батальонов, 2 работника штабов высших соединений, 2 командира эскадрилий, 2 командира авиавзводов, 4 пилота, стрелка-радиста,. 3 командира артиллерии и минометных дивизионов, 4 командира и помощника командира батарей, 3 работника инженерно-технической службы, 3 работника военно-медицинской службы, 2 преподавателя военных училищ и 11 прочих.

60 офицеров получили ранения или повреждения на фронте во время боевых действий, остальные 2 '(преподаватели военных училищ) были ранены во время учебных стрельб. Осколками мин ранено 29 человек, осколками артиллерийских снарядов — 13, пулями — 9, осколками бомб — 4, осколками гранаты—1, отморожение (без ранения) — 1 человек, ранено при аварии самолета 5 человек.

Таким образом, на первом месте стоят ранения осколками мин, на втором — осколками артиллерийских снарядов.

Осколки мин и артиллерийских снарядов наносят наиболее тяжелые и обширные повреждения конечностям и часто приводят к ампутациям.

Распределение раненых, в зависимости от сегмента конечности и уровня произведенных ампутаций, отражено в табл. 1.

При решении вопроса об оставлении офицера в армии огромное значение имеет уровень ампутации.

Функционально неполноценные культи получались при обширных рубцах, спаянных с подлежащими тканями; при длительно незаживающих ранах, язвах и свищах; при болезненных неврозах и восходящих

Таблица 1

Сегмент конечности	Уровень ампутации			Итого
	верхняя треть	средняя треть	нижняя треть	
Бедро..... .	2	9	6	17
Голень..... .	6	14	10	30
Стопа	—	—	—	—
Плечо.....	1	1	2	4
Предплечье.....	—	3	1	4

Двусторонней ампутации кистей рук подвергались 2 человека, голеней — 2 человека и голени с бедром — 1 человек

невритах; при контрактурах и анкилозах, болезненности костного опила, вследствие некроза, остеомиэлитического процесса или остеофитов и др. Раненым с такими культями приходилось делать реампутации и реконструктивные операции. До исправления порочной культи протезирование недопустимо. Неоспоримость этого положения очевидна. Тем не менее в некоторых госпиталях делали и делают попытки протезировать при порочной культе. Наш опыт убеждает в нецелесообразности таких попыток, особенно когда дело касается офицеров, желающих остаться на военной службе.

Майор Г., 1922 г. рождения, командир М-ского стрелкового полка. Ранен 2.УП.1942 г. осколками авиабомбы в левый коленный сустав и голень. В тот же день ампутировано левое бедро в средней трети. При поступлении в институт на культе два обширных болезненных рубца длиной 24 см, спаянных с подлежащими тканями: один рубец на конце культи, другой — на наружной ее поверхности размером 9 X 1,5 ом (рис. 1 и 2). Эти рубцы не допускали пользования протезами.

14.У1.1943 г. произведена пластика (иссечение рубцов). Послеоперационное течение гладкое. 22.VI сняты швы. Заживление первичным натяжением

Рис. 1

Рис. 2

(рис. 3 и 4). Через месяц раненый получил протез и хорошо пользуется им (рис. 5).

Военно-врачебной комиссией института признан ограниченно годным (2-я степень). Из-за дефекта конечности мы не смогли вернуть его на прежнюю строевую должность командира полка, но он успешно работает па штабной должности. „

Старший лейтенант А. 1908 г. рождения. После ампутации правой голени в нижней трети в одном из эвакогоспиталей получил протез и вернулся на военную службу.

Однако обширный рубец на конце культи мешал пользоваться протезом. 23.У.1944 г. сделана реампутация по Биру. Получилась хорошая опорная культя (рис. 6, 7, 8 и 9);

На новом протезе раненый легко ходит без тросточки (рис. 10 и 11). Возвратился в свою часть.

Капитан Ф., 1919 г. рождения, командир батальона. Ранен 2.1Х.1942 г. осколком мины в правую стопу. 9.Х.1942 г. ампутирована' правая голень в нижней трети по поводу газовой инфекции. Поступил в институт 13.Х1.1942 г. На конце культи центральный рубец с небольшой раной (рас. 12 и 13). Так как раненый перенес газовую инфекцию, от реампутации воздержались. Раненый получил протез. После непродолжительного пользования им рана увеличилась на конце культи, появилась резкая болезненность.

Рис. 3

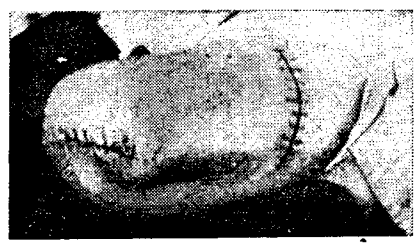


Рис. 4

4.ХП произведена реампутация по Биру. Послеоперационное течение гладкое-. На 10-й день сняты швы. Заживление первичным натяжением. Снабжен протезом,

Рис. 5

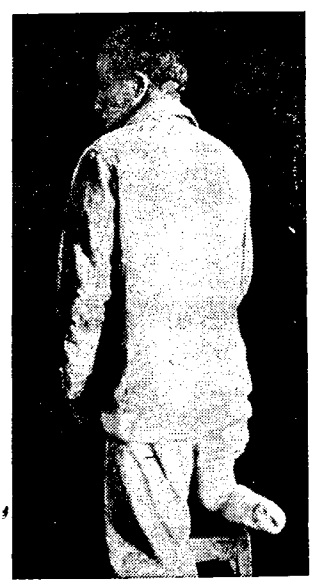


Рис. 6

Рис. 7

в котором ходит без тросточки (рис. 14 и 15). Признан ограниченно годным (2-я степень).

Капитан К., 1914 г. рождения, командир спецчасти. Ранен т.ХП.1942 г. осколком мины в среднюю треть правой голени. В этот же день ампутирована правая голень в верхней трети. В институт поступил 3.11.1943 г. На конце культи обширная грануляирующая рана, размером' 10Х11 см (рис. 16 и 17). Консервативное лечение и вытя-

жение кожи ничего не дали. Сильные боли в культе мешали раненому спать и он настаивал на реамнутации. 13.П нроизведена реамнутация по Гритти-Альбрехту. Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичным натяжением. Снабжен нротезом (рис. 18 и 19). Признан ограниченно годным (2-я степень).

Рис. 8

Рис. 9

Успех протезирования зависит от послеоперационного ухода и системы воспитания культи. Необходимо принять меры для образования безболезненного подвижного рубца, предупреждения развития контрактур, быстро устранить отек, оформить культю и развить ее опорность.

Рис. 10

Рис. 11

Лучше всего это достигается с помощью повязки с гипсовой лонгетой Альберса (до снятия швов), тугого бинтования, раннего начала массажа, тепловых физиотерапевтических процедур и лечебной гимнастики. Для тренировки культи на опорность больному необходимо на 5—7-й день после снятия швов начать хождение в лечебном протезе (рис. 20).

Лечебный Протез легко изготовить из гипсовых бинтов и деревянной стойки. В любом лечебном учреждении это могут сделать врач или ^медицинская сестра. Через каждые 10—15 дней лечебный протез в связи с атрофией культи следует менять. После подготовки культи можно заказать постоянный протез. Для освоения и подгонки его необходимо, чтобы протезируемый пробыл в лечебном учреждении дополнительно 'не менее 15 дней.

Рис. 12

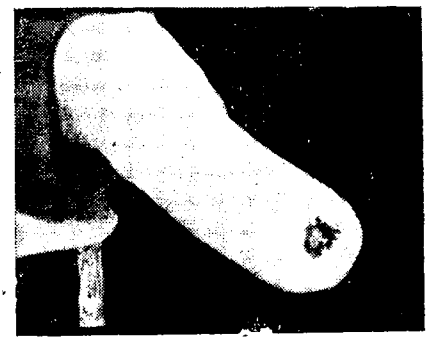


Рис. 13

Кроме состояния ампутационной культи, не менее важное значение для протезирования имеет уровень произведенной ампутации. Особенно трудно протезирование после вылущения и высокой ампутации бедра и голени (меньше 10 см). Существующие протезы пока еще очень сложны и громоздки 1и ходьба в них требует больших усилий. Поэтому офицеров с такими ампутациями конечностей мы вынуждены были увольнять из армии.

Мы сделали попытку оставлять на военной службе офицеров после ампутации обеих •нижних конечностей, особенно голеней. К сожалению, попытка окончилась неудачей.

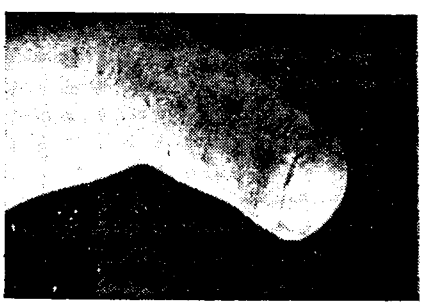


Рис. 14

Рис. 15

Подполковник Р., 1897 г. рождения, нренодаватель. Ранен 3.1Х.1942 г. осколком снаряда в обе стопы. В тот же день ампутация обеих голеней на границе средней и нижней трети. В институте 13.1.1943 г. произведена реампутация порочных культей

и пластика рубцов. Заживление первичным натяжением. Получил протезы. Оставлен на военной службе ограниченно годным (2-я степень), 7 месяцев служил в одном из управлений НКО СССР. Работа была преимущественно сидячая. В конце 1943 г. вынужден был демобилизоваться, так как при пользовании протезами быстро утомлялся. ■

Рис. 16

Однако в некоторых случаях более молодые офицеры и при таких ампутациях могли продолжать службу в армии.

Рис. 17

Старший лейтенант К., 1917 г. рождения, летчик. Ранен 14.11.1942 г. в самолете в правую стопу. Спустился на парашюте. Отморожение обеих стоп и кистей рук. 22.Ш ампутированы все пальцы (кроме первых) на обеих руках. 19.У поступил ,в институт. 28.У произведена реампутация обеих голеней по Биру. Заживление первичным натяжением. Получил прогез с упором на конец культи, которым пользуется, опираясь на трость. Ввиду его настойчивой просьбы оставлен на военной службе ограниченно годным (2-я степень). Назначен начальником штаба авиаэскадрильи в своей части.

Рис. 18

Рис. 19

Для офицеров, остающихся в армии, огромное значение имеет качество протеза. Хороший протез должен быть прочным, легким и точно подогнанным. Этим требованиям отвечают деревянные (цельнодеревянные и пластифицированные), нитролаковые (рис. 21) и дюралюминиевые

Протезы. Шинно-гильзовые протезы (из стальных шин и кожаных гильз) (рис. 22) хотя и прочны, но значительно тяжелее деревянных и нитролаковых. Однако офицеров, остающихся в армии, мы вынуждены были временно снабжать шинно-гильзовыми протезами и только в редких случаях — деревянными. Это неизбежно. Процесс формирования (атрофии) культи заканчивается через 6—8 и более месяцев после реампутации. Поэтому протезы с жесткими гильзами (деревянные и т. п.) очень скоро оказываются негодными для пользования.

Шинно-гильзовые протезы при всех их недостатках обладают тем положительным качеством, что их мягкие гильзы при уменьшении диаметра культи можно затянуть более туго. Это невозможно у деревянных или металлических протезов. Офицеры, продолжающие 'Службу в армии, получают деревянные протезы после оформления культи.

Над некоторыми офицерами, пользующимися протезами и оставленными на службе в армии, наши наблюдения продолжаются от 2 до 3 лет.

Подполковник К., 1900 г. рождения, командир бригады. Ранен на фронте пулей 5.1У.1942 г. в нижнюю треть левой голени,. 29. IV в эвакогоспитале ампутация голени в средней трети. Со 2.УШ по 5.ХП лечился в Институте протезирования. Произведена реампутация, выдан протез. В начале 1943 г. назначен командиром учебного стрелкового полка. В этой должности

Рис. 21

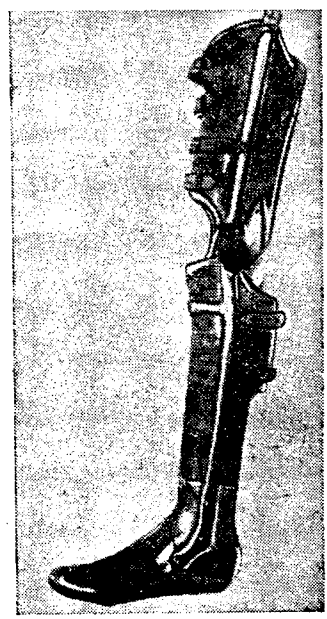


Рис. 22

работает до сих пор. Ходит на протезе хорошо, опираясь на трость. Протез не снимает по 12—14 часов.

Капитан В., 1914 г. рождения, начальник штаба танкового батальона. Ранен 29.ХП.1941 г. осколком мины в левую стопу. В тот же день ампутирована левая голень в нижней трети. 13.1Х.1942 г. поступил в Институт протезирования. Произведена реампутация левой голени по Биру, 19.Х.1942 г. выдан протез. С конца 1942 г. работает в бронетанковом управлении НКО СССР помощником начальника отдела, ходит без трости, хорошо, не снимает протез по 16—17 часов в день.

Гвардии старший лейтенант, Герой Советского Союза П., 1920 г. рождения, командир артиллерийского дивизиона. Ранен 27.У1П.1943 г. осколками мины в левое бедро. 28.Х ампутировано левое бедро в средней трети. С 23.ХП.1943 г. по 13.711.1944 г. лечился в Институте протезирования. Произведена реампутация порочной культи, выдан протез. Назначен заместителем начальника военного училища. Работает на этой должности до сих пор.

Подполковник Б., 1908 г. рождения, командир авиаполка. После амнутации правого бедра в средней трети поступил в Институт протезирования. Произведена реампутация культи. Свободно пользуется протезом и летает на боевом самолете. С 1942 г. до настоящего времени работает заместителем начальника авиашколы.

Кроме клинических наблюдений в Институте протезирования, мы по материалам военных округов изучали группу офицеров, проходивших специализированное лечение в эвакогоспиталях и оставленных на военной службе.

Группа состояла из 160 офицеров, из них среднего офицерского состава 124 человека и старшего 36 человек. Сводные данные представлены в табл. 2 и 3.

Таблица 2

Средний офицерский состав

на должностях	С ампутациями						Итого
	бедра	голени	плеча	пред-плечья	стопы	кисти	
Строевых	—	—	——		—	“‘	——
Штабных.....	13	и	16	5	—	5	50
Политработников . . .	9	5	4	3	—	2	23
Инженерно-технических		1	I	1	1	2	6
Преподавательских . .	8	4	6	4	2	3	27
Административно-хозяйственных^.....	4	3	1	1	1	1	11
Медицинских . . . - .	3	—	1		—	—	4
Прочих	2	—	1	—	~~~	—	3
Итого.. .			30	14	4	13	124

Из табл. 2 видно, что никто из среднего офицерского состава после ампутации конечности не остался на строевой должности.

Большинство (около 40%) перешло на штабную работу, некоторая часть — на преподавательскую (21,7%) и политическую (18%).

Из старшего командного состава после ампутации 39% работает на политической работе и 30% на штабной. На преподавательскую работу старший командный состав уходит значительно реже. Некоторые остаются и па строевых должностях.

В обеих группах офицеров, оставшихся на военной службе, было: после ампутации бедра — 34%, плеча — 26%, голени—17%, предплечья — 10%, кисти — 8%, стопы — 5%.

При решении вопроса о продолжении службы в армии при ограниченной годности 'большую роль играет военная квалификация. Средний

офицерский состав обычно продолжал военную службу на низших, чем прежде, должностях {табл. 4).

Таблица 3

Старший офицерский состав

На должностях	С ампутациями					Итого
	бедра	голени	плеча	пред-плечья	стопы	
Строевых	2		1	—	—	3
Штабных.....	3	2	2	2	1	10
Политработников	7	1	6	—	—	14
Инженерно-технических				—	—	—”
Преподавательских	1	—	3	—	—	4
Административно-хозяйст-венных	2	—	—	–	1	
Медицинских.....	—	1		——	1	2
Прочих..... ...	—	—		1 "	—	—
Итого.. .	15	4	12	2	3	36

Таблиц а- 4

Средний офицерский состав

На должностях	С ампутациями						Итого
	бедра	голени	плеча	пред-плечья	стопы	кисти	
Равноценных прежнш!	15	6	2	2	1	2	28
Низших.....	20	17	23	12	3	10	85
Более высоких	3	—	2	——		—	5
Неизвестно.....	1	1	3			1	6
Итого.. .	■ 39	24	30	14	4	13	124

Таблица 5

Старший офицерский состав

На должностях	С ампутациями						Итого
	бедра	голе-ни	плеча	■ пред-' плечья	стопы	кисти	
Равноценных прежним	8	3	7	2	2		22
Низших.....	5	1	2	—			8
Более высоких.....	2 ,	—	3		1		6
Итого. . .	I5	4	12	2	3		36

Лица старшего офицерского состава' 'После ампутаций- конечностей» в основном оставались на должностях, равноценных тем, которые они занимали до ранения (табл. 5), и лишь небольшая группа- работала на низших должностях.

Наши наблюдения и данные медицинской службы- округов убеждают в том, что офицеры, лишившиеся одной конечности, могут в военное время продолжать службу в армии на штабных* преподавательских,- политических, административно-хозяйственных должностях. Таким офицерам следует предоставлять должности в тыловых военных учреждениях, как это и предусматривается для лиц с ограничением годности 2-й степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурденко Н. Н., Опыт изучения материалов об ампутациях в тыловых эвакогосниталях, Труды 1-го пленума Госнитального совета, 1942. — 2. Заблудовский А. М., Курс общей хирургии, 1931. — 3. Бобров А. А., История ампутации и консерватизма в"хирургии конечностей. М., 1881.—4. Куприянов П. А., Показания, техника и исходы ампутаций конечностей на этапах санитарной эвакуации, Труды 7-го пленума Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ КА, 1943. — 5. Кочин Н. И., Кулибин, 1940. — 6. Оппе ль В. А., Очерки хирургии войны, 1940.— 7. Остен-Сакен Э. Ю., Потребность в искусственных конечностях по материалам имнериалистической войны. Вопросы нротезирования, Сборник трудов, выщ. 2, 1941.— 8. Пирогов Н. И., Начало общей военно-нолевой хирургии, 1866. — 9. Приоров Н. Н., Ампутация конечностей и протезы, 1941.—ПО. Смирнов Е. И., Вонросы-организации *и* тактики санитарной Службы.—-11. Трегубов С. Л., Основы ортопедии, 1934.—-12. Турнер Г. И., К вопросу о долечивании претерпевших повреждения на войне и снабжении увечных протезами, журн. «Русский врач», 1916, № 40.— 13. Л и т л ь М., Протезы и культи, 1922.

★

• Подполковник мед, службы Ф. Т. БАЙДАЛОВ'

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ РАНЕННЫМ В ГОЛОВУ В ПЕРИОД БУГСКО-ВИСЛЕНСКОЙ НАСТУПАТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ

Санитарная служба нашей армии в течение первого полугодия своего существования не имела специализированных госпиталей. В июле 1943 г. в санитарный отдел армии прибыла ОРМУ. В состав специализированных и общехирургических групп ее входили врачи, не имеющие опыта работы в военно-полевой обстановке и незнакомые с принципами этапного лечения.

По данным нами установкам специализированная помощь должна была прежде всего максимально приблизиться к войсковому району и располагаться не далее госпиталей первого эшелона ГБА. Все раненные в голову должны были поступать непосредственно из МСБ в специализированные госпитали в первые же часы после ранения. При большой маневренности войск мы перебрасывали не раненых, а специализированные группы, избегая многоэтапное™. Тяжело раненые после оказания: им специализированной помощи оставались на месте расположения госпиталя до восстановления транспортабельности для дальнейшей эвакуации.

Мы были принципиальными противниками создания одного специализированного госпиталя, предпочитая маневрировать группами ОРМУ. Опыт последующих боевых операций неопровержимо подтвердил правильность нашего решения.

Организация нейрохирургической помощи. Во главе нейрохирургических групп был поставлен специалист нейрохирург с большим опытом. В течение двух последних операций эти группы

юказали специализированную помощь 1 814 раненым с повреждением черепа и мозга. Из них операции сделаны 891 человеку, в том числе трепанации 653 раненым (73,2%). Приводим сравнительные данные о Белгородско-Харьковской операции, когда группа работала во втором •эшелоне ГБА, и о Ковель-Висленской операции, когда группа работала -в первом эшелоне ГБА.

Пройдено этапов	Белгородско-Харьковская операция	Ковель-Висленская операция
1—2.....	57%	88,4%
3—4.....	430/0	11 Во/ ' 0/o

Время поступления	Белгородско-Харьковская операция	Ковель-Висленская операция
4—2 суток . .	19,1%	50,4%
3—4 суток . .	80,9%	49,6%

Исход	Белгородско-Харьковская операция	Ковель-Висленская операция
Осложнение	55%	39,2%
Смертность	21,8%	13,7%

Из приведенных таблиц а л и ц а 1 видно, что во время Белгородско-Харьковской операции количество этапов было больше, и поэтому основная масса раненых (80,9%) поступала на 3—4-й день, что, естественно, снижало хирургическую активность и ухудшало прогноз. Осложнения достигали 55%, причем носили характер уже вторичных нагноений раневого канала, абсцессов мозга и гнойных менинго-энцефалитов. Разумеется, все это по-

Полной противоположностью являются показатели Ковель-Висленской операции.

Основная масса раненых более 2 этапов. В среднем за время этой операции в первые двое суток после ранения поступало 50,4% раненых, а в августе даже до 84%.

Из /13 раненных в череп, поступивших за время последней боевой операции, в хирургическом вмешательстве нуждалось 566 человек (79,2%). Из них оперировано 526 человек (93%). Из числа оперированных умерло 30 (4,2%). Послеоперационная смертность снизилась на 10,2% в сравнении с предыдущим периодом. Раннее производство операций позволило зашивать раны наглухо.

Эти сравнительные данные[1] ярко подчеркивают все преимущества нейрохирургической помощи в госпиталях первого коллектора.

Организация офталмологической помощи. Офталмологическая помощь в армии была возложена на две группы, из которых одна в 1944 г. постоянно работала в госпиталях первого эшелона. По заявлению офталмолога, наибольшей эффективности работы по количеству операций и удалению металлических осколков из передней камеры глаза, расширения показаний к глазной лечебной помощи и повышения процента возврата в строй можно было добиться в госпиталях первого эшелона ГБА. Сравнительные сроки поступления раненых в госпитали первого и второго эшелонов подтверждают это положение.

Повышение возврата в строй среди раненых также говорит о пре-

имуществах работы офталмолога в госпиталях первого эшелона ГБА. Так, из госпиталей второго эшелона ГБА возвращено в строй 9,5% раненых, тогда как из госпиталей первого—22,5%.

В зависимости от приближения специализированной помощи хирургическая активность также повышалась и в количественном, и в качественном отношении.

Срок поступления	Госпитали первого эталона ГБА	Госпитали второго эталона ГБА
	(в процентах)	
I—2 суток . .	56,6	13,2
3—4 » . .	43,4	77,8

Примечание. В госпитали второй линии 9,5% раненых поступало позже, чем через 5 суток после ранения.

Успехи, достигнутые офталмологами в результате приближения места их работы к войсковому району, выражаются в высоком показателе возврата раненых в строй, в увеличении количества операций, сохраняющих глаз, и в снижении гнойных воспалений глазных оболочек.

Вид оперативного вмешательства	Госпитали первого эталона ГБА	Госпитали второго эталона ГБА
Всего операций.....	230	152 '
Пластика век (в %)	15	10
Операция сохранения глаза (в %)	.....40.....	21
Энуклеация глаза (в %) . .	17	57

Организация стоматологической помощи. Вначале стоматологическая помощь ограничивалась рамками специально**го** отделения в госпитале второго эшелона ГБА. Впоследствии мы передвинули стоматологов на передние этапы лечебно-эвакуационных учреждений войскового района и добились определенных успехов.

Так, в середине 1943 г. иммобилизация при ранениях челюсти в войсковом районе делалась только 7% раненых, нуждавшихся в ней; к концу второго полугодия этот показатель повысился до 50,4%, а в последнюю боевую операцию почти достиг 100%.

В последней боевой операции 73,5% всех челюстно-лицевых раненых поступили по назначению в специализированный госпиталь первого эшелона ГБА в первые два дня после ранения и получили квалифицированную помощь в полном объеме: лечебное шинирование, окончательную остановку кровотечения, удаление инородных тел и прочие оперативные пособия вплоть до пластики дефектов лица.

'Организация ЛОРпомощи. По лечебно-эвакуационному плану санитарной службы армии первая ЛОРпомощь раненым оказывается в МСБ врачами, которые ознакомлены с неотложной помощью этого вида и сортировкой пораженных в боях и заболевших.

Для приближения ЛОРпомощи к войсковому району ЛОРгруппа ежемесячно выезжала в МСБ, где проводила амбулаторно-консультативные приемы. На приеме ларинголога больные получали необходимую помощь, а врачи частей инструктировались относительно методов лечения ЛОРраненых и больных. •

За последнюю операцию ЛОРспециалисты консультировали 381 раненого и в стационаре оказали помощь 411 человекам. Возвращено в строй 170 человек, или 41,5%. Помимо того, ото-ларингологи консультировали в госпиталях, ВВК и непосредственно в воинских частях.

Выводы .

1. Стабилизация специализированной помощи в госпиталях второго коллектора не всегда дает хорошие результаты.
2. При большой маневренности армии и плохих транспортных средствах санитарной службы специализированная помощь неизбежно отстает.
3. Удлинение путей эвакуации снижает процент, операбильных в увеличивает число осложнений и смертность.
4. Основным местом специализированной помощи должен быть госпиталь первого эшелона ГБА.
5. Маневр специализированной помощью должен осуществляться за счет придания спецгрупп ОРМУ госпиталям первого эшелона ГБА.
6. Приближение специализированной помощи к войсковому району снижает сроки доставки раненых с поля боя, улучшает оперативную помощь и понижает смертность.

Полковник мед, службы И. А. ПИВОВАРОВ

ОБРАТНЫЙ АВИАЦИОННЫЙ ПОРОЖНЯК

'Медицинская служба на фронте широко использовала для эвакуации раненых любые транспортные средства, возвращавшиеся в тыл после доставки боеприпасов, продовольствия, пополнений и т. д. По аналогии давно уже возникла мысль об использовании для эвакуации раненых обратного авиационного порожняка, т. е. боевых и транспортных самолетов, возвращающихся после выполнения задания.

Боевые и учебные самолеты стали применять для эвакуации одиночных больных и раненых еще на заре авиации. Впервые это произошло во Франции. Но специально оборудованных самолетов не было, да и случаи эвакуации раненых и больных по воздуху были редкими.

В 1939—1940 гг. Научно-исследовательский институт ВВС Красной Армии пытался обследовать все отечественные военные самолеты, чтобы выяснить возможность использования их в качестве обратного авиационного порожняка. Высказывались предположения, что самолеты — бомбардировщики и разведчики —■ на обратном пути после выполнения боевого задания могут приземляться на аэродроме санитарной авиации, принимать некоторое количество раненых и доставлять их по назначению в госпитали. Но авторы проекта не учитывали многих моментов: 1) недопустимости отвлечения боевых самолетов, на выполнение других задач; 2) необходимости маскировки аэродромов и скрытности полета боевых самолетов; 3) эмоционального напряжения и усталости экипажа, которому после боевого вылета нужен отдых и время для подготовки к следующему вылету; 4) непригодности большинства боевых самолетов к перевозке раненых, на носилках.

При ознакомлении с современными боевыми самолетами — бомбардировщиками, штурмовиками и разведчиками — оказалось, что внутренние габариты их кабин, бомболюков и прочих отсеков фюзеляжа, а также входные люки не допускают погрузки раненых на стандартных носилках. ■

Во время боевой операции на Халхин-Голе для вывозки раненых были использованы, кроме транспортных, пассажирских и санитарных самолетов, устаревшие ТБ-3, выполнявшие роль транспортных самолетов и ночных бомбардировщиков. Транспортные самолеты прибывали на аэродром в Монголию поздно вечером или ночью и разгружались, а рано утром принимали раненых. Сначала раненых размещали на полу в кабинах и. в крыльях. Впоследствии под руководством подполковника мед. службы П. П. Тимофеевского были созданы приспособления для подвязывания некоторого количества носилок. Однако погрузка раненых производилась с большим трудом, с опасностью для них дополнительного повреждения. _

Американцы в первый период второй мировой войны, не имея специализированной санитарной авиации, принуждены были эвакуировать часть своих раненых не только на транспортных, но и на боевых самолетах. Обычно раненых помещали в люках для бомб. По воздуху эвакуировали главным образом раненых летчиков с боевых аэродромов. **В** дальнейшем американские авиационные врачи разработали различ-

ные приспособления для подвески носилок в бомболюках. Но эвакуация в бомбовозах всегда носила случайный характер.

В Красной' Армии случаи эвакуации лежачих раненых на неприспособленных боевых самолетах наблюдались тоже нечасто. Да и в этом не было необходимости, так как медицинская служба Красной Армии располагала специальной санитарной авиацией и всегда можно было вызывать санитарный самолет типа С-1, С-2, С-3, С-4.

Таким образом, предложение о регулярном использовании в ходе войны неприспособленных боевых самолетов для эвакуации раненых и больных было отвергнуто жизнью. Но обратный порожняк транспортных самолетов был широко использован с этой целью, особенно самолеты типа ЛИ-2.

Раненых помещали в самолете на носилках, подвешивая носилки, на специальные лямки или устанавливая их прямо на скамьях и на полу. Случаи приспособления транспортных самолетов для эвакуации' раненых и использования обратного порожняка зарегистрированы на Ленинградском, Центральном, Юго-Западном, 4-м Украинском фронтах, в Керчи и в других местах. Особенно интересен опыт эвакуации раненых на самолетах ЛИ-2 в период Орловско-Курской операции в марте 1943 г.

Весенняя распутица сделала грунтовые дороги совершенно непроезжими. Железнодорожные пути от Курска вглубь страны еще не были восстановлены. В Курске нехватало белья, продуктов, медикаментов. Город часто подвергался ударам неприятельской авиации.

В госпиталях первой госпитальной базы фронта в Курске скопилось в это время много тысяч раненых. Коечный фонд госпиталей оказался загруженным на 300—500%. В то же время вторая госпитальная база фронта в Ельце (270 км от Курска) имела большие коечные резервы и хороший отток раненых по железной дороге. Но в течение 3 недель Курск не имел сообщения с Ельцом ни по железной дороге, ни грунтом.

Чтобы выйти из этого критического положения, решено было использовать обратный авиационный порожняк довольно мощного парка транспортных самолетов ЛИ-2. Самолеты из Ельца, с фронтовой станции разгрузки, доставляли в Курск боеприпасы, продовольствие и снаряжение. На этих самолетах из Курска в Елец за 3 недели марта было эвакуировано 16 500 раненых, причем основную массу перевезли в одну декаду. В отдельные дни на самолетах эвакуировалось до 1 500 раненых, т. е. столько же, сколько могли бы принять 4 военно-санитарных поезда. Эвакуацию можйо было продолжать и дальше и притом еще интенсивнее, но восстановилось железнодорожное сообщение Курска со страной.

Этот эпизод интересен как пример полной замены железнодорожного и автомобильного транспорта санитарной авиацией, действовавшей в специфических боевых условиях. Сортировка, погрузка и разгрузка тысяч раненых производились на аэродромах под постоянной угрозой бомбардировочной и истребительной авиации противника. Этот случай доказал, что при хорошо налаженной эксплоатации транспортная авиация может быть мощным, почти неограниченным резервом санитарной авиации.

Особо надо упомянуть об использовании обратного авиационного порожняка (самолетов типа ЛИ-2, С-2, С-4, Р-5 и По-2) для эвакуации раненых из партизанских отрядов и рейдирующих частей Красной Армии. Первым рейсом эти самолеты доставляли боеприпасы, продовольствие и снаряжение. В обратный рейс они принимали раненых. На одном из фронтов за февраль 1944 г. только на самолетах типа ЛИ-2 было перевезено обратным рейсом 4 000 раненых. 'Мы не рассматриваем вопроса об использовании транспортных самолетов ЛИ-2, специально на определенный срок предназначавшихся для перевозки ра-

неных (после Сталинградской операции с аэродрома Желтухино было' вывезено 17 000 раненых). Такие перевозки никак не подходят под термин «использование обратного порожняка». Для широкого использования обратного авиационного порожняка необходимо, чтобы вблизи лечебного учреждения, из которого идет эвакуация воздушным путем, находилась посадочная площадка для транспортных самолетов и было достаточное количество автомобилей или небольших самолетов для доставки раненых к этому аэродрому. Добавим, что необходимость использования транспортных самолетов в качестве обратного авиационного порожняка для эвакуации раненых во время войны возникала неоднократно (Житомир, Проскуров и т. д.).

Американская и английская армии эвакуировали своих раненых из Африки и Нормандии на транспортных самолетах С-47 и С-46. За время между 8 ноября 1942 г. (момент высадки союзных войск в Африке) и 1 июня 1943 г. с африканского фронта в Америку и Англию было перевезено более 18 000 больных и раненых американцев, англичан, немцев и итальянцев. Раненых перевозили только на транспортных самолетах С-46 и С-47 обратным рейсом. Эти самолеты были оборудованы легкими съемными металлическими стойками для носилок или плетеными веревочными сетками. Каждый самолет мог принять 24 раненых на носилках или 30 сидячих. Врачи и медицинские сестры являются постоянными членами экипажа и на обратном рейсе сопровождают раненых. Автор считает, что вес медицинского персонала вместе с медикаментами и инструментами (400 фунтов = 181,2 кг) ничтожно мал по сравнению с тоннами медикаментов, вооружения и прочего груза, транспортируемого самолетами на фронт.

Уместно сообщить, что армия США не имеет самостоятельных авиационных санитарных соединений. Всю эвакуацию больных и раненых ведет Американское управление транспортной авиации на транспортных самолетах в порядке использования обратного порожняка.

■Начальник санитарной службы воздушных сил американской армии генерал-майор Д. Грант считает, что эвакуация раненых и больных на транспортных и десантных самолетах помогла разрешить проблему санитарной эвакуации, не прибегая к усилению транспортных средств санитарных частей, и значительно способствовала тактическому успеху американских войск.

Выводы

1. Систематическое использование боевых самолетов в качестве обратного авиационного порожняка невозможно как по тактическим соображениям, так и вследствие конструктивных особенностей боевых самолетов.
2. Необходимо изучить вопрос о возможности эвакуации на боевых самолетах носилочных раненых в особо срочных случаях.
3. В качестве обратного авиационного порожняка рекомендуется использовать транспортные самолеты, совершающие регулярные полеты на фронт.
4. Самолеты, используемые в качестве обратного авиационного порожняка, должны иметь специальные легко снимаемые приспособления для носилок и вполне надежные моторы, исключающие вынужденные посадки. Раненых должен сопровождать медицинский персонал.
5. Опыт войны показывает, что организационные трудности, связанные с использованием транспортных самолетов в качестве обратного-авиационного порожняка, успешно преодолеваются. Возможно, это позволит широко применять авиационный обратный порожняк для эвакуации раненых и больных.

- ★' ' ■:

Подполковник мед. службы Б. Н. ЛАПИДУС

ОПЫТ РАБОТЫ СЭЛ В ПЕРИОД ПАСТУПЛЕНИЯ

Эпидемиологическая обстановка в войсках и на территории фронта 1В период, предшествующий наступательным операциям, была относительно благополучной.

Хотя в войсках и среди местного польского населения встречались заболевания брюшным и сыпным тифом, они не 'вызывали большой тревоги, так как имели рассеянный и единичный характер. Очаги заболеваний быстро выявлялись и обезвреживались. Значительная часть населенных пунктов в войсковом районе была освобождена от гражданского населения, что также имело большое значение для эпидемического благополучия войск. Наиболее осложняющим эпидемиологическую обстановку моментом являлось непрерывное поступление из районов Украины, Молдавской АССР и Прибалтики пополнений, не всегда благополучных по брюшному и сыпному тифам.

Помимо указанных инфекций, отдельные группы людей в этих пополнениях болели дизентерией. Санитарные условия в эшелонах, в которых ехали люди, в ряде случаев не были удовлетворительными. Так как пополнения были чрезвычайно велики, то фронтовые и армейские запасные полки не могли их обслужить полностью и переотправляли прибывших прямо в дивизии. Поэтому при каждой дивизии пришлось создать карантинные пункты.

Противоэпидемические мероприятия на фронте проводились хорошо и своевременно, и поэтому заболевания брюшным и сыпным тифами и дизентерией наблюдались почти исключительно во вновь прибывающих частях.

В плане работы СЭЛ по обеспечению предстоящих боевых операций были учтены следующие моменты:

1. Быстрое продвижение наших войок и связанное с этим увеличение территории фронта и количества объектов, подлежащих обследованию.
2. Необходимость освободить армейскую противоэпидемическую службу от работы в тылу наступающей армии.
3. Необходимость систематического уточнения данных санитарно-эпидемиологической разведки территории, занимаемой противником.
4. Отсутствие каких бы то ни было органов здравоохранения на вновь занятой территории Польши и Германии.
5. Большие встречные потоки возвращающихся на родину освобожденных советских и союзных военнопленных, репатриантов, а также пленных немецких солдат.
6. Большая загруженность ранеными этапов эвакуации и необходимость постоянного контроля за организацией эпидемиологической работы на этих этапах.

СЭЛ в период наступления должна была контролировать качество работы армейских противоэпидемических учреждений, более обстоятельно изучать предварительные данные санитарно-эпидемиологической разведки и проводить оздоровительные мероприятия во всех объектах фронтового, а в отдельных случаях и армейского тыла.

Одними своими средствами СЭЛ не могла справиться с этими задачами, поэтому в армейский тыл был направлен резервный СЭО фронта. План предусматривал создание эпидемиологических бригад, составленных и оснащенных по типу подвижных лабораторий, и направление их в армейский район. Бригады (по одной на армию) для преемственности работы обязаны были поддерживать постоянную связь с санитарными отделами армий и с санитарным управлением фронта. На различные объекты фронтового тыла (запасные полки, пункты сбора военнопленных) также были направлены специалисты СЭЛ. '

Население освобожденной от немцев- территории оказалось сильно» пораженным инфекционными заболеваниями, особенно брюшным тифом. В одном лишь г. Цеханув среди лиц, пригнанных из трудового* лагеря на строительство немецких оборонительных сооружений, было выявлено до 60 больных брюшным тифом. Во всех городах, если даже-они и были свободными от инфекций, наши бригады создавали больницы для населения и в первую очередь инфекционные отделения.

В связи с быстрым продвижением войск армейские учреждения, следующие за ними, не могли подробно изучать эпидемиологическую-обстановку, и поэтому бригады СЭЛ были вынуждены более обстоятельно изучать данные, предварительно полученные СЭО, и одновременно организовать противоэпидемические мероприятия. На пути движения войск часто встречались трудовые лагери и лагери военнопленных. Обычно при приближении линии фронта население этих лагерей-разбегалось по окрестным населенным пунктам и старалось при первой возможности уйти на восток, на родину. В лагере оставались лишь больные, не могущие двигаться самостоятельно. Чаще всего среди них находились больные сыпным или брюшным тифом или только что перенесшие эти заболевания. В числе больных было также очень много-людей с запущенным открытым туберкулезом. Поэтому одна из самых важных задач эпидемиологических бригад СЭЛ состояла в том, чтобы не допустить контакта войск с лагерями и немедленно принять меры, к обезвреженню обнаруженных очагов. Обычно больных из лагерей немедленно эвакуировали в ближайшие госпитали или под руководством какого-либо госпиталя в самом лагере открывали отделение для этих больных.

Работа гигиенистов сводилась к следующему: а) исследование водо-источников, б) исследование пищевых продуктов на трофейных складах и выдача разрешений на пользование продуктами, в) организация местного населения для уборки и захоронения трупов людей[1] и животных.

В первое время после вступления наших войск на территорию Германии мы мало встречались с немецким населением. В дальнейшем при продвижении войск вглубь Восточной Пруссии населения попадалось больше, но эпидемическое состояние его было вполне благополучным. Здесь мы столкнулись с большим потоком пленных немецких солдат и освобожденных Красной Армией граждан СССР и союзных стран.

Все они огромными массами двигались на юго-восток и требовали[1] большого внимания противоэпидемической службы.

Во фронтовом тылу работа специалистов СЭЛ заключалась в следующем:

а) в госпитальной базе — контроль за организацией санитарной' обработки, выявление среди раненых инфекционных больных, контроль-за постановкой питания в госпиталях, за общим санитарным состоянием госпиталей;

б) в запасных полках, лагерях и СПП — контроль за порядком приема пополнений и за отправкой партий пленных, выявлением и изоляцией инфекционных больных, наблюдение за общим санитарным благоустройством этих учреждений; *

в) в СЭЛ — исследование трофейных продуктов, медикаментов, не--известных жидкостей, послуживших причиной отравления, и т. д.

Большим недостатком работы в этом периоде явилась неудовлетворительная связь между некоторыми бригадами, санотделами армий и[1] сануправлением фронта. Некоторые бригады, предоставленные самим себе, потеряли ориентировку в эпидемиологической обстановке и на' известное время фактически выпали из системы общей противоэпидемической организации.

Во втором этапе наступательных операций центральное место в деятельности СЭЛ занимали противоэпидемические и профилактические'

мероприятия в войсках и среди населения в связи с появлением заболеваний сыпным тифом.

Дело в том, что в районе Восточной Померании -и в Польском коридоре наши войска встретили множество крупных и мелких очагов сыпного тифа среди эвакуированных немцами из лагеря в Штутгофе. В дальнейшем заболевания охватили и польское гражданское население, проживающее в этих районах.

В пораженный район немедленно выехали эпидемиологические бригады СЭЛ, возглавившие работу по ликвидации очагов сыпного тифа как в войсках, так и среди местного населения и в бывших концлагерях. Все сыпнотифозные больные были госпитализированы в -специально развернутые -инфекционные госпитали; выявлены и помещены в карантины лица, бывшие с ними в контакте; наложен карантин на неблагополучные города и села. Одновременно с этим широко проводилась санитарная обработка населения, для которой использовали местные средства и дезинфекционную технику армейских и фронтовых ОДР.

При появлении в войсках первых заболеваний сыпным тифом в результате контакта с населением лагерей в эти части немедленно выезжали специалисты СЭЛ, которые организовывали необходимые противоэпидемические и профилактические мероприятия.

В период решающих боев за Гдыню и Данциг работники СЭЛ тщательно проверили, нет ли в частях лихорадящих больных, и организовали санитарную обработку войск. Эта работа потребовала много труда, настойчивости и инициативы. Таким образом, сыпной тиф в войсках удалось ликвидировать в самом начале. Наряду с этим СЭЛ продолжала контролировать эпидемиологическое состояние стрелковых полков и лагерей. В лагерях репатриированных и военнопленных в Цеханове, Дзядлове, Дойтш-Айлау и др., в которых скопились десятки тысяч людей и среди них больные дизентерией, брюшным и сыпным тифами, СЭЛ -провела ряд существенных противоэпидемических мероприятий. Угроза распространения эпидемии была предотвращена.

На протяжении всей операции четко работали отделения исследования и заготовки реактивов, и лаборатории армейских СЭО и инфекционных госпиталей бесперебойно получали среды, диагностикумы, агглютинирующие сыворотки, разные реактивы и посуду.

Выводы

1. Основными объектами работы СЭЛ во время наступательных операций войск являлись: а) гражданокое население в армейском и фронтовом тылу, б) запасные части, в) сборно-пересыльные пункты для репатриантов и лагери для освобожденных из плена и военнопленных, г) части фронтового подчинения и этапы эвакуации раненых.

2. В связи с обширностью территорий и многочисленностью объектов обслуживания во время наступательных операций необходимо придавать в распоряжение СЭЛ врачей, средних и младших медицинских работников, а также транспортные средства и противоэпидемическое имущество.

3. Непременным условием успешной работы бригад СЭЛ или отдельных ее работников, направленных -в армейский или фронтовой тыл, является наличие двусторонней связи с СЭЛ, санитарными отделами и санитарным управлением фронта. Такую связь удобнее всего осуществлять через специальных связных.

4. В каждый момент наступательной операции, независимо от обстановки, в распоряжении начальника СЭЛ должен быть резерв противоэпидемических работников и средства для маневра.

Майор мед, службы Г. С, БЕЛОВ

МЕДИЦИНСКИЙ РЕГУЛИРОВОЧНЫЙ ПОСТ

Опыт работы медицинской службы в прошедших боях настоятельно требовал организации регулировочного поста в тех случаях, когда на одной небольшом участке фронта, питаемом одной проселочной или шоссейной дорогой, действовало несколько соединений (дивизий, корпусов). Такая обстановка неведко складывается нри нрорыве сильной долговременной системы обороны нротивника. Единственная дорога в таком' случае служит и для подвоза, и для эвакуации. Вдоль нее цепочкой выстраиваются тыловые учреждения частей и соединений. Разыскать медицинские пункты своей части раненым, следующим пешком и на обратном порожняке, не легко. Поэтому впереди лежащие медицинские пункты перегружаются, а более далекие часто оказываются без дела. Такое положение ведет к снижению качества медицинской помощи, замедляет эвакуацию раненых по назначению. Многие раненые, подолгу разыскивая медпункт своей части или соединения, теряют драгоценное время, состояние их ухудшается. Особенно пагубно сказывается эго на раненых зимой.

В период боев за Витебск в деревне Иванькино и вокруг нее скопилось около 10 медпунктов: 2 ПМП, МСР стрелковой бригады нри медпункте танковых частей, медпункты артиллерийских и других частей, МСБ, т. е. почти все медпункты Стрелкового корпуса с приданными ему частями усиления. На участке протяженностью в 3 км было выставлено множество указателей с красными крестами, но раненые двигались, как в лесу, и подолгу не могли разыскать свой медпункт.

Подобная же обстановка была во время боев за Оршу, в Восточной Пруссии и на косе Фриш-Нерунг.

При такой ситуации «мертвый никетаж» цели не достигал. Весьма полезной оказывалась посылка впереди всех медпунктов толкового грамотного, проинструктированного санитарного инструктора или даже санитара, направлявшего раненых после проверки документов в надлежащее место, т. е. организация медицинского регулировочного поста (МПР).

МПР должен работать круглые сутки. Оснащение дежурного МПР примитивно: днем — нарукавная новязка, ночью—'фонарь с знаком красного креста. Лучшее место для МПР — рядом е регулировочным постом дорожной службы, что позволяет использовать обратный порожняк для транспортировки раненых. При быстром и успешном преследовании противника выставлять регулировочные посты, конечно, ■нет смысла.

★

Лейтенант адм, службы П. Т. ГОНЧАРОВ-

ГИМНАСТИЧЕСКИЕ КОЛЬЦА В ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКЕ

Для упражнений на кольцах необходимо иметь вполне здоровые и достаточно физически развитые руки и плечевой нояс. Поэтому гимнастические кольца в лечебной гимнастике ночти не применяются.

Мы получаем весьма хорошие результаты, используя гимнастические кольца нри. лечении раненых. Специально подобранные, практически проверенные упражнения мы применяли при лечении раненых с повреждениями как верхних, так и нижних конечностей. Упражнения на кольцах включались в сеанс лечебной гимнастики; кро-метого, они назначались для донолнительных тренировок 2—3 раза в день. Упражнение на кольцах мы начинали с 5—<10 минут и в некоторых случаях, нанрример, нри упорной неподатливости контрактуры коленного сустава, доводили до 1 часа и увеличивали вес груза до 5 кг. При переломе бедра мы не видели отрицательной реакции ни со стороны кости, ни со стороны сустава. Через полмесяца угол сгибания со 160° удавалось доводить до 90°. В одном случае нри ранении мягких тканей бедра сгибание было доведено до 35—40°. Обычно в первые 3—4 дня (так называемый период .втягивания в нагрузку) упражнения незначительно увеличивают болевые ощущения. В дальнейшем боли уменьшаются и очень часто совершенно прекращаются.. Это позволяет систематически увеличивать нагрузку.

Показания к применению упражнений на кольцах те же, что и при назначения лечебной физкультуры: ■

1) при контрактурах и ограничении подвижности в суставах верхних и нижних конечностей; .

2) при ранении мягких тканей конечностей и плечевого пояса с отсутствием или; пониженной сократительной способностью мышц, при незакрывшихся ранах и неокрепшей костной мозоли, при нарушенной функции сустава;

3) при травматическом повреждении периферических нервов;

4) нри контрактуре, развившейся в связи с продолжительной иммобилизацией суставов или остеомиэлитом диафиза костей.

Прежде всего укажем, как изготовить гимнастические кольца (их должно быть-два). Кольцо представляет собой замкнутый круг из железного круглого нрута диаметром 1—1,5 см. Диаметр кольца 22—23 см. Прут обшивают кожей или парусиной так, чтобы диаметр сечения нрута равнялся 3—3,5 см. Кольца подвешивают к нотолку кабинета лечебной физкультуры на веревках (веревки могут быть сплетены из бинтов) толщиной не менее 1 см. Веревки, перекинутые через блоки, прикреплены к потолку кабинета на расстоянии 1—1,5 м один от другого. Свободный конец веревки дает возможность подтягивать и опускать кольца. Летом кольца можно прикрепить к ветвям дерева или к перекладине на двух столбах. Иногда кольца делают из дерева. В таком случае из фанеры вырезаются 2 кольца. Диаметр внутреннего просвета 20 см, ширина кольца 5 см. Кольца склеивают столярным клеем, сбивают гвоздями и обшивают хирургической клеенкой. Кольца применяются как онора нри гимнастических упражнениях конечности.

Чтобы кольцо не врезалось в конечность, необходимы нодушечки. Их шьют из хирургической клеенки и набивают ватой. Размер лодушечки 15Х20 см.

Преимущество кольца для опоры конечности заключается в том, что если рана обширна, для кольца легче найти наименее болезненное место на бедре или предплечье: например, при ране на задней поверхности бедра больной не может раскачивать голень, сидя на кушетке, так как кушетка давит на -всю поверхность бедра. С помощью кольца это упражнение вполне доступно-, так как больной находит для опоры обычно безболезненное или менее болезненное место.

При упражнении на кольцах нижней конечности одного больного другой одновременно может упражнять верхнюю конечность, помогая первому подтягивать и опускать голень. Доступность изготовления колец и их применения позволяет пользоваться ими не только ® госпиталях различного профиля,, но- и. в военно-саыита-рных поездах.

Упражнения для верхних конечностей

1. Активные упражнения для разработки движений в плечевом суставе и лопатке "С опорой кистью на кольцо. Раскачивание кольца впереди себя вправо-влево. При перемещении вперед или назад угол подъема руки увеличивается. В более позднем периоде лечения для придания руке инерция к кольцу подвешивают медицинбол ■(рис. 1). Одновременно могут заниматься 2 человека, сидя или стоя.

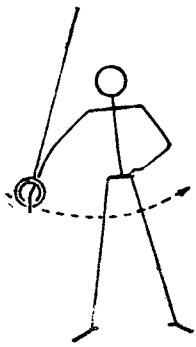


Рис. 1

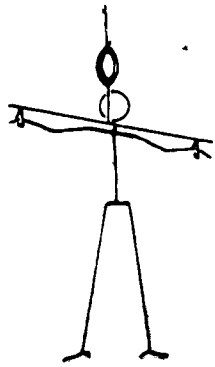


Рис. 2

Рис. 3

2. Активно-пассивные упражнения для разработки движений в плечевом суставе ® лопатке на коромысле, подвешенном к кольцу (рис. 2). Опора кистями на петли. Раскачивание коромысла в вертикальной, фронтальной и сагиттальной плоскости. Здоровая рука является мотором для больной. Одновременно могут заниматься 2 человека, сидя или стоя.

3. Активно-пассивные упражнения для увеличения супинации и пронации и укрепления мышц предплечья. Раскачивание палки-маятника во фронтальной плоскости вправо-влево (рис. 3). Максимальная нагрузка получается при раскачивании маятника в положении его длинного рычага над рукой. Одновременно могут заниматься 2 человека, сидя или стоя.

4. Активные упражнения для увеличения подвижности во всех суставах верхней конечности. Пассивные упражнения для увеличения тыльного сгибания кисти *а* разгибания пальцев (рис. 4). Отталкивание мяча руками (волейбольный мяч, медицин-

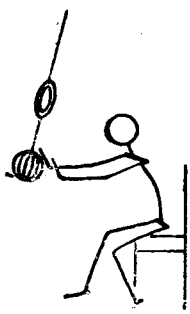


Рис. 4

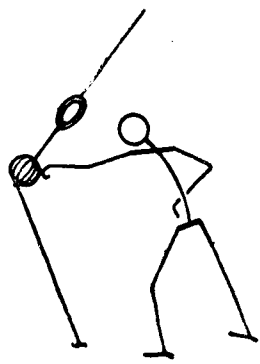


Рис. 5

■бол, мешок с песком). Занятие — индивидуальное или групповое. При групповом занятии включаются элементы игрового характера (пассовки по кругу с переменой направления по сигналу вправо-влево и др.). Занятие сидя или стоя.

5. Активные упражнения на укрепление мышц плечевого пояса и мышц-разгибателей верхней конечности. Удары кулаком по мячу типа бокс (рис. 5). Занятие индивидуальное или групповое, сидя, стоя.

Если площадка для занятий мала, амплитуду раскачивания мяча ограничивают •шнуром, прикрепленным от мяча к полу.

6. Пассивные упражнения для разработки подвижности в коленном суставе и активизации мышечного сокращения в раннем периоде лечения при незакрывшихся ранах, неокрепшей костной мозоли или нарушении мышечной иннервации. Плавно-ритмичное раскачивание голени при помощи блока. Бедро фиксируется лямкой, проходящей под стопой здоровой ноги (рис. 6). Лямку можно укрепить также в нижней части стула или крючком к полу (рис. 7).

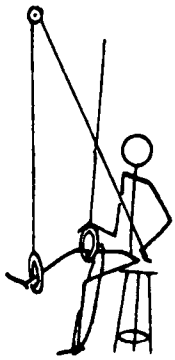


Рис. 6

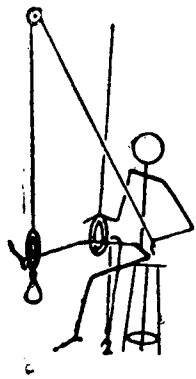


Рис. 7

Рис. 8

Занятие индивидуальное, сидя или вдвоем; тогда второй занимающийся упражняет свою верхнюю конечность, помогая первому и подтягивая шнур.

7. То же в более позднем периоде, при стойких контрактурах коленного сустава. Голень прибинтовывают к кольцу. При разработке сгибания вес голени увеличивают,, подвешивая груз в 1—5 кг. Для упражнений в разгибании груз подвешивается к бедру (рис. 7).

8. Активные упражения для разработки подвижности в коленном суставе и укрепления мышц бедра; для активизации и укрепления отводящих и приводящих мышц бедра и разработки подвижности в тазобедренном суставе — разгибание голени, ритмично-плавные или рывковые раскачивания голенью, сгибание и разгибание; отведение и приведение бедра за счет раскачивания голени вправо-влево. Одновременно могут заниматься 2 человека, сидя (рис. 8).

Рис. 9

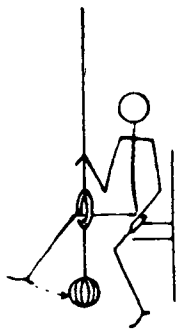


Рис. 10

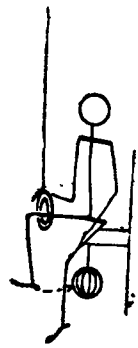


Рис. 11

9. То же для более полного сгибания в коленном суставе при помощи подтянутого вверх кольца. Веревка направлена перпендикулярно к бедру, предупреждая передвижение кольца по бедру во время упражнений (рис. 9).

10. Активные упражнения в активации или укреплении двуглавой мышцы бедра (сгибание голени). Отталкивание или удары пяткой по мячу, подвешенному к кольцу (рис. 10). Одновременно могут заниматься 2 человека сидя.

11. То же упражнение с мячом, подвешенным к перекладине стула, чтобы заставить занимающегося совершать более полные движения при сгибании в коленном суставе (рис. И).

12. Активные упражнения для постепенного укрепления двуглавой мышцы бедра (сгибание голени). Для выделения функции только двуглавой мышцы бедра оба бедра в нижней трети фиксируют лямкой. Прикасание пяткой к опущенному до пола

мячу, отталкивания и удары пяткой по мячу сбоку, снизу. По мере улучшения мышечного сокращения мяч подтягивают выше. Опора руками на второе кольцо или стул (рис. 12). Одновременно могут заниматься 2 человека, стоя.

13. То же упражнение, служащее тренировкой и для ягодичных мышц *с* опорой или без опоры руками (рис. 13).

14. Активные упражнения для постепенного укрепления четырехглавой мышцы бедра — разгибание голени; для укрепления мышц стопы — тыльное сгибание (рис. 14),

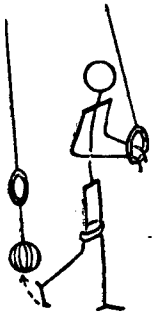


Рис. 12

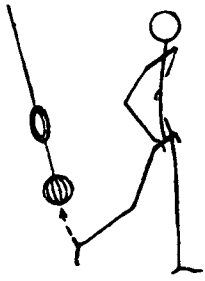


Рис. 13

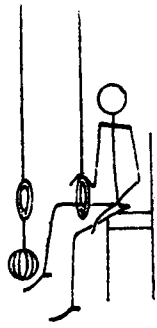


Рис. 14

Пассивмые упражнения стопы для увеличения угла подошвенного сгибания. Прикасания, отталкивания и удары по мячу тыльной поверхностью столы. Занятия индивидуальные, сидя.

15. Активные упражнения на разгибание в коленном суставе и увеличение подвижности в тазобедренном суставе. Укрепление мышц бедра, голени и стопы. Пассивные— на увеличение тыльного сгибания стопы. Отталкивания и удары по мячу подошвенной поверхностью или пальцами стопы (рис. 15). Занятие индивидуальное или групповое, сидя.

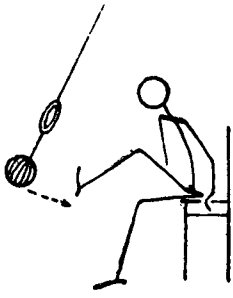


Рис. 15

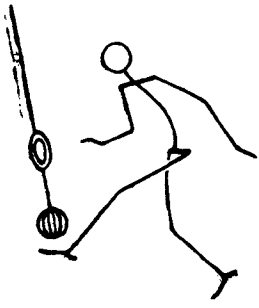


Рис. 16

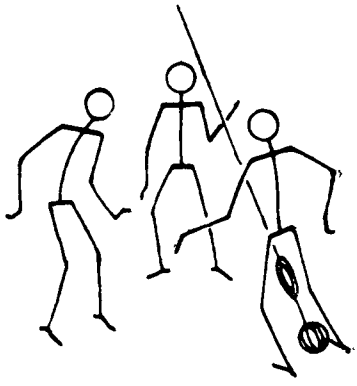


Рис. 17

16. Активные упражнения для укрепления мышц (разгибание голени и сгибание бедра), для увеличения подвижности в тазобедренном суставе. Пассивные — для увеличения подошвенного сгибания стопы. Удары по мячу снизу тыльной поверхностью стопы (рис. 16). Одновременно могут заниматься 2 человека, стоя.

17. Активные упражнения для укрепления мышц нижних конечностей, для совершенствования в координации движений и ориентации занимающегося в пространстве. Элементы ходьбы, подскоков, прыжков, поворотов и пр. Отталкивания, удары по мячу сбоку, снизу, остановки мяча и пр. (рис. 17). Занятия групповые игрового и соревновательного характера.

ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

(Тке ВиПеНн о! Ше II. 8. Атту Ме<11са1 Пераг1тен(, № 87, 1945, р. 27)

При исследовании и оценке качества пищевых продуктов животного происхождения ■ решающее значение приобретают органы обоняния и вкуса. Однако не все люди в •одинаковой мере обладают способностью различать ароматы и занахи. Острое обоняние и вкус, необходимые при оценке качества продуктов, инспектора приобретают только «а практической работе.

Ошибки особенно часто происходят в том случае, когда органолептическому исследованию подвергается сразу много образцов. При этом количество ошибок тем 'больше, чем больше среди исследуемых образцов продуктов с резким запахом.

Опытные эксперты считают, что резко выраженные запахи действуют на органы ■обоняния и вкуса двояко: или поверхностно, или временно притупляя обонятельные ■нервы. В первом случае несколько следующих образцов кажутся имеющими такие же органолептические показатели, какие были у предыдущих ненормальных образцов. Во втором случае следующие образцы кажутся вовсе не имеющими запаха или вкуса. Такое специфическое действие резких запахов продуктов на органы чувств эксперта может вызвать браковку хороших продуктов или прием дефектных.

Чтобы избежать неправильной оценки продуктов, эксперты рекомендуют следующий порядок проведения экспертизы: партию образцов пищевых продуктов следует предварительно рассортировать по запаху и образцы с резким запахом исследовать в последнюю очередь. В процессе экспертизы, если эксперт обнаруживает у себя ■притупление обоняния и вкуса, нужно временно приостанавливать экспертизу, прополоскать рот водой и съесть несколько кусочков яблока.

При исследовании продуктов животного происхождения, если среди них есть продукты с одинаковым запахом, инспектор должен периодически приостанавливать экспертизу. Несколько съеденных кусочков яблока и в этом случае помогают освободить носовые полости от поверхностного действия острых запахов. Вновь приступать к экспертизе можно с того момента, когда эксперт начинает различать тонкие ароматы яблока. '■

. Полковник интендантской службы А. Н. Орлов

★

1. ДЕЗИНФЕКЦИОННО-ОБМЫВОЧНАЯ РОТА

(ТЬе ВиПеИн о! 1йе П. 8. Агту МесИса! Оераг1шен(, Арг11 1945)

В армии США на дезинфекционно-обмывочные роты (ДОР) в нолевых условиях •и при стационарной работе возлагается задача уничтожать паразитов, являющихся передатчиками заразных болезней, и содействовать улучшению гигиенического состояния воинских частей.

В полевых условиях рота обычно разбивается на два взвода, действующих раздельно. •>> • ' • |Г*Ц|-Ж

Рота может также работать вместе с подвижной прачечной командой соответствующей мощности, с прачечной ротой или с ремонтно-трофейной ротой. Когда ДОР работает вместе с прачечной командой, то личный состав обслуживаемой части после мытья получает обратно выстиранное и дезинфицированное белье и обмундирование.

ДОР может работать и в качестве составной части хозяйственного батальона. В тех случаях, когда по каким-либо причинам обмывочный взвод не работает, дезинфекционные средства роты используются в воинских частях отдельно. ДОР может обслужить приблизительно 3 600 человек за 20 часов.

Оборудование обмывочного взвода роты состоит из нагревателя для воды, насоса для подачи воды из расположенного поблизости водоема и остова, поддерживающего

24 душевых сетки. Все эти принадлежности монтируются на автоприцепе, который имеет подвесную буксирную раму.

Нагреватель снабжен бензиновым двигателем. Двигатель приводит в действие воздуходувку нефтяной форсунки и насосную систему. В дополнение к ручному водя-

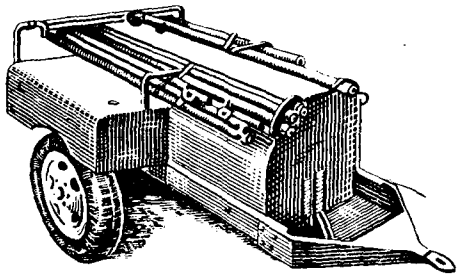


Рис. 1. Обмывочный прицеп с душевым агрегатом в сложенном виде

ному насосу постоянного действия имеется второй насос временного действия, который используется как вспомогательный. Дезинфекционный и обмывочный взводы в полевых условиях работают в районах, предназначенных для отдыха частей (позади зоны боевых операций).

★

2. ПОЛУЧЕНИЕ ГОРЯЧЕЙ И ХОЛОДНОЙ ПРОТОЧНОЙ ВОДЫ В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ

(Тйе ВиПеПп о! Пае 15. 8. Аплу МесИса! Вераг(теп1, Зи1у 1945)

На рисунке показано простое приспособление для получения горячей и холодной воды в полевых пунктах медицинской помощи, которым пользуются в армии США.

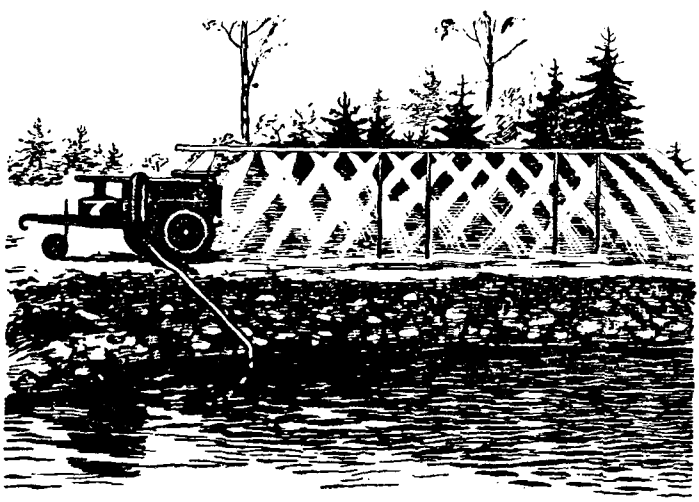


Рис. 2. Обмывочный прицеп в действии. Вспомогательный насос здесь не работает: прицеп присоединен непосредственно к водоему

Установка состоит из резервуара с выпуклыми стенками или железной бочки емкостью 565 л, железной трубы, печи (палаточного типа, модель 1941 г.) и бака емкостью 57 *л*.

Установка дополняется умывальной арматурой с кранами, хотя это и не имеет существенного значения.

Резервуар (или бочку) ставят иа площадке на высоте 3,3 и от земли с тем, чтобы обеспечить необходимый напор.

На верхней плоскости резервуара имеется кран для выпуска воздуха. Резервуар Заполняют водой через второе отверстие на его верхней плоскости.

От днища резервуара идет труба, которая подводится к палатке или зданию

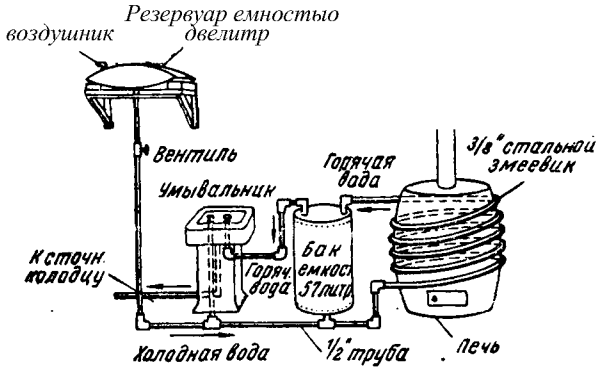


Рис. 2а

С помощью тройника холодная вода подводится к крану холодной воды у умывальника и к днищу бака для горячей воды. От днища бака для горячей воды идет другая ветвь трубы к змеевиковому железному трубопроводу, уложенному вокруг наружной поверхности печи. Второй конец, этого змеевика соединяется с верхним днищем бака для горячей воды. Конец трубопровода подводится к крану горячей воды (над умывальником).

Грязная вода из умывальника спускается в сточный колодец. Количество получаемой горячей воды зависит от числа витков трубопровода вокруг печи.

Алюминиевый трубопровод в качестве змеевика не дает удовлетворительных результатов.

Инженер-капитан Н. А. Ципер

★

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мен, службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941 - 1945 гг.*) (Продолжение)

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ И ИХ ПОДГОТОВКА. САНИТАРНАЯ ПОДГОТОВКА ВОЙСК

Абра мов П. В., О полевой подготовке медицинского состава ва курсах усовершенствования, ВСД, 2, 1941.

Абрамов Л., Организация медицинской помощи в очаге поражения, За оборону, 1942.

Александров П., Любовь и внимание. Самоотверженная работа медицинского персонала на фронте, Крестьянка, 11, 1944.

Александров Г. и Симонов А., Один день .(Ленинский военный госпиталь в дни блокады. Очерк), в кн.: Возвращение в строй, Л., стр. 57—67, 1944.

Алексеев М. Ф., Всемерно укреплять санитарно-оборонную работу, Санитарная оборона, 4, 5—6, 1941.

Алешинский М. М., Пути и формы санитарной агитации в условиях войны, Советское здравоохранение, 8—9, 1942.

Архангельский А., Борьба с холодом (беседы врача), Сталинский сокол, 13, 1942.

Ашмарина А., Во имя любви к родине (героическая работа медицинских сестер и врачей на фронтах), Работница, 6—7, 1943.

Б а б ч и и И. С., Мейл ицев Г., Профессор и его наука. Возвращение в строй, Л., Медгиз, стр. 40—48, 1944.

Багдасарьян С. М., Боевые подвиги медицинских работников, ВСД, 10, 11, 1941.

Багдасарьян С. М., Военно-медицинский журнал, ВМЖ, 1—2, 1944.

Багдасарьян С. М., Врач на боевом посту (Георгиевская 3. И.), ВСД, 3. 1942.

Багдасарьян С. М., Вся страна заботится о своих раненых воинах, М., Воениздат, 23 стр., 1941 (ГПУРККА), в помощь пропагандистам и агитаторам.

Багдасарьян С. М., Героиня. Врач на посту, ВСД, 3, 1942.

Багдасарьян С. М., Герой социалистического труда Николай Нилович Бурденко (к присвоению звания), ВСД, 5—6, 1943.

Багдасарьян С. М., Забота о раненых бойцах Красной Армии, изд. 2-е, М., Медгиз, 61 стр., 1942 (ГВСУ).

Багдасарьян С. М., Забота партии Ленина — Сталина о раненых бойцах и командирах Красной Армии, ВСД, 8—9, 1941.

Багдасарьян С. М., Лауреаты сталинских премий, ВСД, 4, 1943.

Багдасарьян С. М., Медики на фронте (очерки), М., Медгиз, 68 стр., 1942

Багдасарьян С. М., Отвага и находчивость (военфельдшер Н. Лысик), ВСД, 6, 1942.

Багдасарьян С. М., Памяти 3. П. Соловьева, ВСД, 11—12, 1943.

Багдасарьян С. М., Санитарка, М., Медгиз, 45 стр. с илл. (герои Великой отечественной войны), 1942.

Багдасарьян С. М., Санитары, М., Медгиз, 45 стр. с илл. (герои Великой отечественной войны), 1942.

Белицкий И. Д. и др., О подготовке санитаров и санитаров-носильщиков, ВМЖ, 1944.

Белоголовое Н. Н., Музей военно-медицинской службы Красной **Армии,** Военно-морской врач, 2, 1944.

Белый В. Л., Из опыта политической работы в военно-санитарных поездах, ВСД, 7, 1942.

Береги себя и товарища от отморожения, М,, Медгиз, 2 стр., 1944 (ГВСУ).

Боевой оныт хирургов (о конференции Ы-ского соединения, где командиром гвардии полковник Михайлов), Красная звезда, 1.УП.1943.

Боец, береги ноги в походе, М., Воениздат, 8 стр., 1941 (Главное интендантское управление Красной Армии).

Брейслер М. М., Медико-санитарный батальон—лечебная *и* учебная база дивизии, ВСД, 2, 1941.

Будникова С., Служу Советскому Союзу (боевые эпизоды), Л., ЛениЬдат, 20 стр., 1944.

Будь готов к ПВХО, Пособие для подготовки к сдаче норм «Готов к ПВХО» I ступени (для городского населения), изд. 4-е, Ростов-на-Дону, Ростведиздат, 92 стр., 1941 (Ростовский областной совет Осоавиахима).

Бурденко Н. Н., Н. И. Пирогов — основоположник военно-нолевой хирургии (1810—1881), Советская медицина, 6, 1941; Красноармеец, 5, 1944.

В помощь сленым инвалидам отечественной войны, Киев, стр. 40, 1945 (Научно-исследовательский институт дефектологии).

Вайнер Р. И., Роль фельдшера в современных военно-нолевых условиях, Фельдшер и акушерка, 9, 1941.

Василенков Г. А., Шефство в госпиталях как метод нолитико-нросветительной работы, в кн: Сб. работ санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 47—49, 1943.

Васильев А. А. (некролог), ВСД, 4, 1943.

Вебер Л. Г., Зиновий Петрович Соловьев—выдающийся организатор советского здравоохранения. К 15-летию со дня смерти, Советское здравоохранение, 10—11, 1943.

Верховых В. М., Политико-массовая работа среди раненых, в кн: Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, Б. м., стр. 156—161, 1944 (Санотдел 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Виноградов Н. А., Повысим квалификацию медицинского состава, Медицинская сестра, 12, 1944.

Военно-санитарная подготовка, Л., Воениздат, 46 стр., 1943 (Дом всеобуча Ленинградского горвоенкомата).

Военно-санитарная подготовка. Методические указания по проведению занятий о бойцами, Л., Воениздат, 48 стр., 1943 (для всеобуча Ленинградского горвоенкомата).

Во вс и М. С., С. П. Боткин как терапевт госпиталей русской армии. К истории военно-полевой терапии, Госпитальное дело, 4—5, 1944.

Вов с и М. С., Терапевты Красной Армии, Красная звезда, 6.У1.1945 г.

Войте нк о М. Ф., Боевая подготовка санитаров полкового пункта медицинской помощи, ВСД, 5, 1941.

Высокая награда (К награждению орденами и медалями работников НКЗдрава СССР. Передовая.) Медицинская сестра, 10, 1943.

Высокая оценка работы советских медиков, ВСД, 8, 1942.

Гавриков К- К., Памятка бойцу по уходу за ногами и обувью, изд. 2-е, М., Гизлегпром, 16 стр., 1942.

Гальперн Я. О., Некролог Б. Г. Ваксиера, Хирургия, 10, 1942.

Георгиевский А. С., Организация и проведение полевого санитарно-тактического занятия на тему «Санитарное обеспечение батальона в наступлении», ВСД, 5, 1941.

Герои Великой отечественной войны, ВСД, 1—2, 1942.

Герои- медик и, ВМЖ, май 1944.

Героическая работа железнодорожных врачей, фельдшеров и сестер милосердия на фронтах Отечественной войны, М., Трансжелдориздат, 25 стр., 1942.

Г и не цине кий А. Г., Академик Л. А. Орбели. К 60-летию со дня рождения, Вестник Академии наук СССР, 7—8, 1942.

Гирголав С. С., Год работы хирургов на фронте, ВСД, 7, 1942.

Гирголав С. С., Подготовка кадров военно-полевых хирургов за 25 лет, ВСД, 11—12, 1942.

Главацкий А. М., Военно-медицинские учебные заведения в дни войны, ВСД, 6, 1942.

Голожинский Г. С., Хирурги с честью выполнят новые задачи, ВСД, 8—9, 1943.

Горине в ск ая В. В., -Военно-полевая хирургия и роль врача (нехирурга) на фронте, Казанский медицинский журнал, 3, 1941.

Гориневская В. В., Врач на фронте, в кн.: Медицинские работники в Отечественной войне, М., Медгиз, стр. 48—52, 1942.

Готов к санитарной обороне СССР. Пособие для подготовки к сдаче норм ГСО, изд. 3-е, доп. и испр., М.— Л., Медгиз. 160 стр., 1941.

Гринберг М., Санитарная пропаганда в Англии (в условиях войны), Медицинский работник, 8.1.1941.

Гришман В. И., Медицинская сестра на строительстве оборонительных рубежей, Медицинская сестра, 5—6. 1942.

Г у с ы н и н В. А., Памяти Н. И. Пирогова, Казанский медицинский журнал, 1. 1941.

Гуревич Н. И., Академик Н. А. Вельяминов, его роль в отечественной хирургии, Хирургия, 8, 1945.

Г у с ы н и н В. А., Памяти Н. И. Пирогова, Казанский медицинский журнал, 1, 1941.

Гусынин В. А., Памяти Н. И. Пирогова, Казанский медицинский журнал, в эвакогоспиталях, Госпитальное дело, 1—2, 1942.

Г у т к и н И. Я., Опыт шефства военного госпиталя над детскими учреждениями Педиатрия, 5, 1943.

Десятой М. М., О профилях работы хирурга в полевом передвижном и эвакогоспитале, Советская медицина, 8, 1941. ■

Дива ков П. Д., Медицинские сестры — боевые подруги бойцов и командиров Красной Армии, Медицинская сестра, 11—12, 1942.

Дива ков П. Д., Подготовка медицинских сестер и сандружинниц, Медицинская сестра, 9, 1942.

Езерский С., Врачей Ленинграда, М., Газетно-журнальное и книжное издательство, 22 стр., 1943.

Ермоленко А. И., Проф. А. В. Смирнов (хирург). Биографический очерк,в кн.: Сб. работ по военно-полевой и общей хирургии, Л., стр. VII—XI, 1944.

За образцовый порядок в госпитале (передовая). Правда, 81, 1944.

За образцовый порядок в каждом госпитале, Красная звезда, 95, 1944.

Заблоцкая Л. П., 3. П. Соловьев и вопросы санитарной агитации и пропаганды, Советское здравоохранение, 10—11, 1943.

3 ангер 3., Моя новая профессия (медицинская сестра о своей работе в московской клинике), Медицинская сестра, 1—2, 1942.

Заразные болезни и борьба с ними, в кн.: Краткий справочник для сан- и дезинструкторов, Рыбинск, ДИОФ, № 21, 39 стр., 1942 (ВСУ СЗФ).

Захаров В. С., Об обучении в школах младшего медицинского состава, ВСД, 3, 1941.

Зеликов М., Пособие для санитарной подготовки краснофлотца, М.— Л., Медгиз, 102 стр., 1941.

Иванов П., Политическое воспитание раненых защитников Родины, Пропаганда и агитация, 18, 1943.

Как оказать первую медпомощь при воздушном нападении, М., Московский рабочий, 30 стр. с илл., 1941.

Как уберечь себя от брюшного тифа, М., Медгиз, 5 стр., 1942 (ГВСУ).

Как уберечь себя от дизентерии, М., Медгиз, 5 стр., 1942, М., Медгиз, 4 стр., 1944 (ГВСУ).

Как уберечься от холеры, М., Медгиз, 7 стр., 1942 (ГВСУ).

Каневский А. Е. и др., Личная гигиена бойца, Новосибирск, Воениздат, 63 стр. с илл., 1943.

Капралов А. Г., Будь готов к санитарной обороне СССР, М. — Л., Медгиз, 88 стр. с илл., 1941 (Исполнительный комитет Союза обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР).

К а р а б а с о в а С. П., Санитарная обработка больных в госпитале, Медицинская сестра, 1—2, 1943.

Карапетян Н. Г., Выше дисциплину в работе с медицинскими кадрами. Советское здравоохранение, 12, 1943.

Карякин В. П., Учебная работа в госпиталях. Методические указания учителям, М., НКЗдрав РСФСР, 14 стр., 1944.

Качка А. С., Н. И. Пирогов как организатор женской медицинской работы в нашей стране, Медицинская сестра, 1—*Ч,* 1944.

К е к ч е е в К., Как лучше слышать, Пограничник, 23—24, 1943.

Кекчеев К., Ученый, которым гордится народ (Л. А. Орбели), Медицинский работник, 14.У1.1945.

Клейн Б. И., Пожиратель бактерий (о бактериофаге), Наука и жизнь, 3, 1944.

Колдер Р., Пенициллин — новое средство борьбы против болезней, Британский союзник, 19, 1942.

Колесников С. А., Санитарная агитация и пропаганда в годы Великой отечественной войны, Советское здравоохранение, 9, 1944.

Комиссаров, С. Г. Сукорский (военный врач). Некролог, Военно-морской врач, 1, 1944.

Кононенко Е., Женщина, которая воюет с микробом, Правда, 8.111.1945.

Корман М., В новогоднюю ночь... Боевая вахта санслужбы в дни боев с белофиннами, Медицинский работник, 1.1.1941.

Котон С., Мастера пластических операций (проф. А. А. Лимберг и его ученики), в кн.: Возвращение в строй, Л., стр. 48—52, 1944.

Краске ви ч В., Образцово поставить партийное хозяйство ь госпиталях, ВМЖ сентябрь—октябрь 1944.

Кроткое Ф. Г., Боец на марше. Уход за ногами, Военное обучение, 25, 1943

Кроткое Ф. Г., Умей защищаться от мороза, Блок-нот агитатора Квасной Армии, 13, 1942.

Крюков А. Н., Военное время и усовершенствование врачей по терапии, Госнитальное дело, 11—12, 1942-

Кто такие доноры и за что их ценят и любят бойцы Красной Армии, Л., Главсевморнуть, 4 стр. (нймятка), 1941.

Куприянов П. А., Хирург на фронте, в кн.: Медицинские работники в Отечественной войне, М., стр. 38—40, 1942.

Курбатов Л., Люди медсанбата (очерк), в кн.: Медицинские работники в Отечественной войне, М., стр. ПО—114, 1942.

Л а летин Г., Кадры медсанбата, ВСД, 7, 1942.

Ланда С. М., Роль медицинской сестры в Великой отечественной войне. Медицинская сестра, 1—2, 1942.

Лебедева В. П. и Фрид лян д М. С., Опыт работы первой выездной бригады преподавателей ЦИУ в эвакогоспиталях, Советское здравоохранение, 7, 1942.

Лебедянская А., Первая военно-медицинская школа на Руси. Середина XVII в., Военно-исторический журнал, 3, 1941.

Левинштейн И. М.-, О подготовке провизоров в военных условиям, Фармация, 1, 1943.

Левитская Л. Н., Сестры и дружинницы города Ленина, Санитарная оборона, 12—13, 1941.

Леоненко П. М., Как была написана история М-ского эвакогоспиталя. Госнитальное дело, 1—2, 1945.

Л и н к и н Т. О. и Т е н е н б о й м Н. Т., Заразные болезни и меры борьбы с ними, М., Воениздат, 48 стр., 1941 (ГВСУ).

Личная гигиена красноармейца, Баку, 12 стр. с илл., 1942.

Логачев, Охрана здоровья бойца — необходимое условие нашей победы, М., Медгиз, 8 стр., 1942 (Медико-санитарное управление Военно-Морского Флота).

Л у н ц Л. С., Врачебно-трудовая экспертиза нри огнестрельных повреждениях периферических нервов конечностей в кн.: Сб. трудов психоневрологического госпиталя Ивановского облздравотдела, стр. 74—85, 1945.

Лукашевич Д. Н., Уроки жизни З. П. Соловьева, ВСД, 3, 1941.

Лукомский М. И. и Литовская Б., Рост врачебных кадров эвакогоспиталей за время Отечественной войны, Госпитальное дело, 10, 1943.

Лурия Р. А., Роль сестры в эвакогоспиталях, Медицинская сестра, 1—2, 1942.

Маймид С. И., О военных фармацевтах, Фармация, 6, 1944.

М а к а р и щ е в С. А., Подготовка учащихся к оборонной работе (кружки ПВХО в средней школе), Химия В ШКОЛЁ, I, 1941.

Мальгин и Рубин, Опыт повышения квалификации медицинских сестер В 1Ч-ском госпитале, Медицинская сестра, 10—11, 1944.

М а с л и н ко вс к и й Т. И., Умей оказать первую помощь, М., 64 стр., 1941.

Материалы для бесед по санитарной пропаганде, М., Медгиз, 64 стр., 1941.

Материалы по подготовке к сдаче норм «Готов к санитарной обороне» (ГСО), М., 3 ст]э., 1941 (Исполнительный комитет союза обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР).

Медицинские работники в Отечественной войне, Сб. под ред. В. Д. Петрова, М., Медгиз, 178 стр., 1942.

Мельников Н., За Ленинград (о подвиге санитарки Симы Тарасовой), Работница, I, 1944.

Методическая записка для проведения занятий на картах со сбором начальников санитарной службы соединений. Кафедра военных и военно-санитарных дисциплин, Куйбышев, ВМА Красной Армии, 12 стр., 1941.

Митере в Г. А., Речь наркома здравоохранения СССР, Известия, 12.11.1944.

М и т е р е в Г. А., Санитарная агитация в условиях ' войны, Спутник агитатора, 6, 1942.

Мишин Д., Среди имен героев будет и твое имя (о подвиге санитарки А. Кривенко), Работница, I, 1944.

М о к е е в С. И., Опыт повышения квалификации среднего медицинского персонала, Медицинская сестра, 10—11, 1945.

Мокеев С. И., Опыт учебных занятий с военными врачами, Госпитальное дело, 3, 1944.

Мокеев С. И., Утренние медицинские совещания — организующая форма работы и передача опыта практической работы госпиталям, Госпитальное дело, 10—11, 1944.

Моносзон Я. С., Врачебные амбулаторно-поликлинические кадры во время войны, Советское здравоохранение, 10, 11, 1943.

Наумов В., Воздушные санитары, Крестьянка, 5, 1942.

Наши задачи в свете приказа товарища Сталина, ВСД, 6, 1942.

Недольман М. М., Опыт подготовки кадров методистов трудотерапии, Госпитальное дело, 7—8, 1944.

Немировская М. А., Роль медицинской сестры эвакогоспиталя в медицинской помощи населению, Фельдшер и акушерка, 2—3, 1942 (массовая санитарная агитация и просветительная работа).

Необыкновенная история пенициллина, Смена, 10, 1944.

Нестеров И. А., Как я спасаю своих товарищей и в какой обстановке, **Комсомольская** правда, 9.У.1943.

Ни одного раненого с его оружием не оставлять на поле боя, Красная звезда, 27.УШ.1941.

Новикова Е., Фронтовые записки (записки санитарки), М., Молодая гвардия, 32 стр., 1942.

Новотельное С. А., К годовщине смерти Т урн ер П. И. Некролог, Хирургия, 10, 1942.

О самоотверженной работе медиков, ВСД, 4—5, 1942.

Об изготовлении витаминных настоев (экстрактов) из хвои, ВСД, 10, 1942.

Оберегай себя от сыпного и возвратного тифа, М., 4 стр., 1941 (ГВСУ); **М., 4** стр., 1942 (ГВСУ).

Оберегай себя от сыпного тифа, М., Медгиз, 6 стр., 1942.

О г а р с к и й В., Девушка в шинели, Челябинск, 1942.

Огнев Л., Единоборство со смертью (восстановление жизненных функций организма), Огонек, 47, 1944.

Ознобищев В. Н., Учись оказывать первую медицинскую помощь, М., **Мо**сковский рабочий, 68 стр. с илл., 1941.

Организационно-методические материалы по подготовке медицинских сестер, М., Медгиз, 68 стр., 1944 (Отдел подготовки санитарно-оборонных кадров).

Осипов Л. С., Физкультурное движение в СССР. Пособие в объеме требований I и II ступени комплекса «Готов к труду и обороне СССР», М., Физкультура и спорт, 68 стр., 1941 (Всесоюзный комитет по делам физкультуры и спорта дри СНК СССР).

Осипович Н. Н., Методическое пособие для руководителей кружков ГСО I ступени (ЦК Общества Красного креста УССР), Киев, Медгиз, 3, 1941.

Памяти Волжинского В. А. (специалист в области военной гигиены), подписи: Лукашевич, Фирсов, Аристовский и др., ВСД, 6, 1942.

Памятка бойцу-лыжнику, М., Медгиз, 4 стр., 1943 (ГВСУ).

Памятка бойцу о предупреждении отморожения, М., Медгиз, 4 стр., 1941 (ГВСУ); 4 стр., 1942; 4 стр., 1943 (ГВСУ).

Памятка бойцу о санитарных правилах в походной жизни, Л., Ленмедги^, 6 стр., 1941 (Санотдел Северного фронта).

Памятка бойцу о средствах химического нападения фашистской Германии и защита от них, М., Воениздат, 3 стр., 1942 (ГХУ Красной Армии).

Памятка бойцу по уходу за ногами и обувью, М., Гизлегпром, 15 стр. с илл., 1941.

Памятка для носящих глазные протезы (искусственные глаза), М., Медгиз, 4 стр., 1943 (ГВСУ).

Памятка красноармейцу, Медгиз, 4 стр., 1941 (ГВСУ).

Памятка красноармейцу о предупреждении желудочно-кишечных заболеваний, Б. м., 4 стр., 1942 (СУ Западного фронта).

Памятка красноармейцу о предупреждении отморожений. Б. м., 4 стр. с илл., 1941 (СУ Западного фронта).

Памятка красноармейцу о сбережении сил и предупреждении заболеваний, **М.,** Медгиз, 2 стр., 1941 (ГВСУ).

Памятка о пригонке валеной обуви. М., Воениздат, 3 стр., 1941 (Главное интендантское управление Красной Армии).

Памятка сестре-дружиннице партизанского отряда, Б. м., 63 стр., 1941.

Панухова И. Д., Освоение военного дела — неотложная задача эвакогоспиталей, В помощь медработнику эвакогоспиталя. 4—5, 1942.

Парфенчик Ю. Е., Хирургическая подготовка медицинского состава на корабле, Военно-морской врач, 4, 1943.

Паукштелло Н. Ф., Как мы обслуживаем эвакуированных, Санитарная оборона, 12—13, 1941.

Паш инцев И. А., Задачи средних медицинских работников во вторую военную зиму, Фельдшер и акушерка, 1—2, 1943.

Па шпице в И. А., Формы взаимного обмена опытом **и** повышения квалификации работников в эвакогоспиталях НКЗдрава СССР, Госпитальное дело, И —12, 1942.

П В Х О, Пособие для ускоренной подготовки трудящихся по нормам ПВХО I ступени, Л., Лениздат, 72 стр. с илл., 1941 (Ленинградский городской совет Осоавиахима).

Пересловский А., Доноры-патриоты, М., Московский рабочий, 16 стр., 1941.

Петренко П. К., Культурность работы в эвакогоспиталях среднего медицинского персонала, Фельдшер и акушерка, 1, 1942.

Петренко И. К., Опыт партийно-политической работы в эвакогоспиталях Закавказья, Госпитальное дело, 5—6, 1942.

Петренко И. К., Политико-просветительная работа в эвакогоспитале, Госпитальное дело, 4, 1943.

Петров В. Д., Задачи обществ Красного креста и Красного полумесяца, в кн.: Медработники в Отечественной войне, М., стр. 67—71, 1942.

Петров С., Новое положение о санитарных постах, Санитарная оборона, 3, 1941.

Пи гур нов, Подвиг хирурга-комсомолки т. Бабинцевой, ВСД, 8—9, 1943.

Письма товарища Сталина начальнику 340 Ташкентского окружного военного госпиталя и Центрального военного госпиталя НКО им. П. В. Мавдрика и Указ Президиума Верховного Совета СССР о награждении орденом Красного знамени Центрального военного госпиталя НКО, ВМЖ, 6, 1944.

План выставки и перечень экспонатов на тему «Отдадим часть своей крови защитникам родины», Б. м., 1941 (Наркомпрос РСФСР, Музейно-краеведческий отдел Научно-исследовательского института краеведческой и музейной работы).

Подготовка призывников по комплексу ГТО, М., 1941, 16 стр. (Всесоюзный комитет по делам физкультуры и спорта при СНК СССР).

Положениео ■военно-медицинской академии Красной Армии им. С. М. Кирова, М., Медгиз, 39 стр., 1943 (ГВСУ).

Полтавский С. П. и К а л ь ю А. И., Что нужно знать о бактериальной войне, Киров, Кировское областное издательство, 30 стр., 1942.

Помощник начальника госпиталя по медицинской части, Госпитальное дело, 8—9, 1942.

Посещение СССР английскими хирургами. Впечатления от советских мединских организаций (по материалам английских журналов), Госпитальное дело, 3, 1944.

Пред охр а ия й с е б я от сыпного тифа, М., Медгиз, стр. 2, 1944 (ГВСУ)-

Преображенский А. Ф., Полевое занятие на тему «Организация стрелкового батальона в обороне», ВСД, 5, 1941.

Приказ Верховного главнокомандующего № 220 от 7.Х1.1941, ВМЖ, 11—12, 1944.

Приказ № 25 о работе со средними медицинскими кадрами в военное время, М., Медгиз, 25 стр., 1943.

Приказ НКО № 55 от 23.11.1942, ВСД, 1—2, 1942.

Приказ НКО № 130 от 1.У. 1942, ВСД, 4—5, 1942.

Приказ НКО № 281 от 28.VIII.1941, Красная звезда, 198, 23.VIII.1941.

Программа военно-физической подготовки на курсах медицинских сестер и в учебных санитарных дружинах, М., 7 стр., 1942 (Исполнительный комитет союза обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР).

Программа по госпитальной терапии (утвержденная Медико-санитарным управлением Военно-Морского Флота), в.Ч, Л., Управление издательств и полиграфии при Ленгорисполкоме, 7 стр., 1944 (Медико-санитарное управление Военно-Морского Флота, Военно-морская медицинская академия).

Программа по госпитальной хирургии с курсом ортопедии (утвержденная Медико-санитарным управлением Военно-Морского Флота), в. 9, Управление издательств и полиграфии при Ленгорисполкоме, 8 стр., 1944 (Медико-санитарное управление Военно-Морского Флота, Военно-морская медицинская академия).

Программа по инфекционным болезням (утвержденная Медико-санитарным управлением Военно-Морского Флота), в. 9. Л., Управление издательств и полиграфии при Ленгорисполкоме, 12 стр., 1944 (Медико-санитарное управление Военно-Морского Флота, (Военно-морская медицинская академия).

Программа по микробиологии (утвержденная Медико-санитарным управлением Военно-Морского Флота), 9, Л., Управление издательств и полиграфии при Ленгорисполкоме, 23 стр., 1944 (Медико-санитарное управление Военно-Морского Флота, Военно-медицинская академия).

Программа по общей гигиене (утвержденная Медико-санитарным управлением Военно-Морского Флота), 9, Л., Управление издательств и полиграфии при Ленгорисполкоме, 16 стр., 1944 (Медико-санитарное управление Военно-Морского Флота, Военно-медицинская академия).

Программа по общей и военной гигиене с методикой санитарной просветительной работы, М., НКЗдрав. СССР, 3 стр., 1943 (Главное управление медицинскими учебными заведениями НКЗдрава СССР).

Программа по организации медико-санитарной службы МПВО и ПХЗ, М. 2 стр., 1941 (НКЗдрав, Главное управление медицинскими учебными заведениями).

Программа по специальной подготовке медицинского состава санитарной службы частей, учреждений Красной Армии, М., 1941 (ГВСУ).

Программы специальной подготовки медицинского состава полевой санитарной службы Красной Армии, М., Медгиз, 74 стр., Наркомздрав, 1942.

Программа по факультетской хирургии (утвержденная Медико-санитарным управлением Военно-Морского Флота), Л., 1944 (Военно-морская медицинская академия).

Программа по хирургии с десмургией, военно-полевой хирургией и травматологией, утверждена Главным управлением медицинскими учебными заведениями НКЗдрава СССР (изд. НКЗдрава СССР), М., 10 стр., 1943 (рецензия)', Хирургия, 8.

Программа по эпидемиологии с дезинфекцией **и** паразитологией (утвержденная Медико-санитраным управлением Военно-Морского Флота), Л., 24 стр., 1944 (Медико-санитарное управление Военно-Морского Флота, Военно-Морская медицинская академия).

Программа подготовки сандружинниц, Баку, 10 стр., 1941 (Исполнительный комитет союза обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР).

Программа специальной подготовки медицинского состава тюлевой санитарной службы Красной Армин, М., Медгиз, 74 стр., 1942 (ГВСУ и НКЗдрав СССР).

Программа боевой подготовки выздоравливающих раненых и больных, находящихся в эвакогоспиталях САВО, Б. .м., 18 стр., 1944.

Рабинович П. Л., О санитарно-просветительной работе в эвакогоспиталях, Госпитальное дело, 1—2, 1945.

РабиновичП. Л., О санитарно-просветительной работе сестер в больнице и госпитале, Медицинская сестра, 12, 1944.

Ратнер Л. М., Замечательный русский хирург Сергей Иванович Спасокукоцкий в кн.: Сан. служба в дни Отечественной войны, Свердловск, стр. 9—16, 1944. Для служебного пользования.

Редькин М. И., Медицинские работники в боях за Родину, Йошкар-Ола, 7 стр., 1941; Большевик, 22, 1941.

Редькин М. И., Партийно-политическая работа в эвакогоспиталях, ВСД, 12, 1941.

Рихтер 3. В., Священный долг, М., Московский большевик, 36 стр. с илл., 1944.

Розанов П. М., К 35-лётию врачебной деятельности полковника медицинской службы Б. П. Аристова, Военно-морской врач, 2, 1944.

Ростоцкий И. Б., Боец в госпитале; М., Институт санитарного просвещения, 48 стр., 1942.

Ростоцкий И. Б., Забота **о** раненом, М., Институт санитарного просвещения, 32 стр. с илл., 1945.

Рубинштейн А. Г., Подготовка кадров врачей-терапевтов иа КУМС М-ского РЭП, в кн.: Труды 2-й терапевтической конференции РЭП-95, Вологда, стр. 64—73, 1943.

Руководящие указания о лечении пневмонии, ревматизма и нефрита во фронтовом районе, ВСД, 11, 1941. ■

. РУ..Фа нов И., Вклад советских хирургов (работа хирургов за годы Отечественной войны), Медицинский работник, 23.11.1945.

Рябов Г. 3., Памяти П. В. Мандрыка (1884—1943), Военный хирург, ВСД, 7, 1943 >

Самопомощь и взаимопомощь при ранениях, М., 16 стр., 1941 (ГВСУ).

Самсонова Э. П. и Нечаев Н. Н., Учись делать повязки, Санитарная оборона, 5, 1941.

Санитарно-просветительная работа в условиях военного времени, М., Медгиз, 44 стр., 1941.

Санитарн о-просветительная работа в эвакуационном госпитале (инструктивно-методическое письмо), М., 10 стр., 1941 (приказ по НКЗдраву СССР ■№ 65).

С а нит а р но-просветительная работа в эвакогоспиталях, Фельдшер и акушерка, 7, 1942.

Санитару Красной Армии М., Медгиз, 19^2—1943.

С а р к и з о в И. 3., Санитарная оборона. Самопомощь и взаимопомощь, Ростов-на-Дону, Ростовское областное книгоиздательство, 145 стр. с илл., 1941.

Сборник методических работ Молотовского военно-медицинского училища, Молотов, ОГИЗ, 187 стр., 1944.

Свердлов Е. С. и Яблоков И. В., Пособие для подготовки к сдаче норм ГТО I ступени по лыжам, Комсомолец Башкирии, 38 стр., 1941, библиогр.

Светлов А., Вдохновенное мастерство (о хирурге С. С. Юдине), Медицинский работник, 7.XII.1944. • ■

Сейфуллина Л., Высокий долг милосердия (самоотверженная работа медсестер). Крестьянка, 7, 1942.

Семашко Н. А., Сестра (подвиги медицинских сестер иа фронтах Отечественной войны), Медицинская сестра, 1—2. 1942.-

Семашко Н. А., 3., П. Соловьев — боец на фронте здравоохранения, ВСД, 3, 1941.

Сендерихин М. А., Год работы комиссии Военно-госпитального комитета по усовершенствованию кадров, Госпитальное дело, 1—2, 1945.

Сергеев А. В., О правильном учете военно-медицинских сил, ВСД, 4—5, 1942.

Сирота И., Работа санитара в бою, Подвиги чекистов, *Л.,* 1942.

Сидоров М. Я., Обеспеченность **и** подготовка медицинских кадров санитарной службы армии, в кн.: 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, Б. м., •тр. 41—42, 1943. Для служебного пользования. '

Симпсон Вильям, Мастер восстановительной хирургии (Арчибальд Микинд, Британский союзник, 13.У.1945.

Слонимская И. А., Университет культуры в Ы-ском эвакогоспитале, Госпитальное дело, 1—2, 1944.

Слуцкий Ф. М., Организация санитарно-просветительной работы в частях тылового округа, в кн.: Сб. работ санитарной службы СибВО, в. 2, М,, стр. 98-ЮЗ, 1943.

Смирнов Е. И., Военная медицина и подготовка медицинских кадров, в кн.: Смирнов Е. И., Проблемы военной медицины, ч. I, М., Медгиз, стр. 211—222, 1944 (ГВСУ). Для служебного пользования.

Смирнов Е. И., Вопросы медицинского снабжения и подготовка врача запаса, в кн.: Смирнов Е. И., Проблемы военной медицины, ч. I, М., Медгиз, стр. 14—19, 1944 (ГВСУ). Для служебного пользования.

СмирновЕ. И., Итоги годовой работы и дальнейшая задача санитарной службы Красной Армии в Великую отечественную войну, в кн.: Труды VI пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., стр. 3—75, 1942. Для служебного пользования.

СмирновЕ. И., 3. П. Соловьев—основоположник санитарной службы Красной Армии, ВСД, 3, 1941.

Смирнов Е. И., Болдырев Т. Е. и КротковФ. Г., Памяти профессора В. А. Углова, ВСД, 1, 1943.

С моляров И., Воспоминания о 3. П. Соловьеве, ВСД, 3, 1941.

Соколовский Д. Г., Опыт подготовки медико-санитарных кадров в особых условиях осажденного города, в кн.: Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр. 12—17, 1943.

Сорокин А. И., О самоотверженной .работе аптечных работников Ленинграда в военное время, Фармация, 4, 1942.

Союз обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР. Учебный план и программы семинаров председателей первичных организаций. М., 18 стр., 1941.

Студнищин А., Специализация врача эвакогоспиталя. Медицинский работник, 24. VI. 1943.

Сульповар Л. С., К вопросу о переподготовке медицинского состава флота в .военное время, (Военно-морской врач, 4, 1944.

Суха ребек ий Л. М., Военная медицина на Западном фронте Великой отечественной войны, М., 16 стр., 1943 (ГВСУ).

Сухаребский Л. М., Кино на службе санитарной обороны, М., 84 стр., 1944.

Талин И. В., Из опыта партийно-политической работы, в кн.: Сб. работ санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 41—47, 1943.

Телков Д. И., Вопросы медико-санитарной службы ПВО применительно к городам Средней Азии, Ташкент, 45 стр., 1941.

Тененбойм Н. Г., 3. П. Соловьев и санитарное просвещение в Красной Армии, ВСД, 3, 1941.

Тереби иск ий Н. Н. и Шабанов А. Н., О подготовке хирургических кадров за 25 лет, Хирургия, И—12, 1942.

Терехин Н. Я., Политико-просветительная работа в эвакогоспиталях СибВО, в кн.: Сб. работ санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 35—40, 1943.

Томилин С. А., Гениальный хирург и великий гражданин Н. И. Пирогов, Врачебное дело, 1, 1941.

ТрахтманЯ- Н., Санитарное-просвещени? в полевом госпитале, в кн.: Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 335—345, 1945 <(ГВСУ).

Тре с кунов а Б. П., О санитарной агитации в условиях военного времени, Советское здравоохранение Туркмении, 2, 1942.

Туктинов Г. А., Подготовка средних медицинских кадров в военное время, Фельдшер и акушерка, 4, 1942.

Тулин И. В., Из опыта партийно-политической работы, в кн.: Сб. работ санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 41—47, 1943.

Уваров М. М., Санитарно-эпидемиологические станции, их кадры в годы Отечественной войны и их задачи, Гигиена и санитария, 9, 1944.

Указ Преизидума Верховного совета СССР о награждении орденами и медалями работников военно-санитарных и лечебных учреждений Красной Армии и НКЗдрава СССР, ВСД, 3, 1942.

Указ Президиума Верховного Совета СССР о награждении орденом Красного знамени Куйбышевского окружного военного госпиталя № 35, Правда, 184 2.УШ.1944.

Указ Президиума Верховного Совета СССР о награждении работников медицинской службы Красной Армии и работников предприятий и учреждений медицинского снабжения, ВСД, 10, 1943.

Указ Президиума Верховного Совета СССР о присвоении звания Героя социали-

Этического труда главному хирургу Красной Армии академику генерал-лейтенанту медицинской службы Бурденко Николаю Ниловичу, ВСД, 5—6, 1943.

Указания по медицинской сортировке и эвакуации по назначению так называемых легко раненых в полевой санитарной службе, ВСД, 4, 1943.

Учебные материалы по подготовке призывников на значки ГТО I ступени ПВХО и ГСО, М., 35 стр., 1941 (Московский городской комитет по делам физической культуры и спорта и Мосгорисполком).

Учебный план и программа курсов медицинских сестер запаса, Сталинград, 1941 (Исполнительный комитет союза обществ Красного креста и Красного полумесяца); Свердловск, 1943; М., Профиздат, 99 стр., 1942; М., ВЦСПС, Профиздат, 120 стр., 1944.

Учебныйплан и программы подготовки санитарных дружин, М., Профиздат, 21, 1941; М., Профиздат, 38 стр., 1942.

Учебный план и программы подготовки санитарных дружинниц Красного креста и Красного полумесяца, М., Профиздат, 51 стр., 1943; Свердловск, М., Медгиз, 71 стр., 1943 (Исполнительный комитет союза обществ Красного креста **и** Красного полумесяца).

Учебный план учебного сбора командиров санитарных дружин и работников ПВО, инспектора ПВО и пом. нач. медсанслужбы МПВО, Обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР, М., 22 стр., 1945).

Учебный план и программа подготовки санитарных дружинниц Красного креста и Красного полумесяца (санитарных инструкторов запаса), М., 38 стр., 1943. .

Учись ухаживать за больным и раненым, Ростов-на-Дону, Ростовведиздат, 13 стр., 1943.

Фалине А. и Снегирев В., Первая сестра милосердия, Крестьянка, 4, 1942.

Фисюк Н. Ф. и Авдеева Н. А., О конференциях среднего медицинского персонала в эвакогоспиталях, Медицинская сестра, 3, 1943.

Френкель М. Г. и др., Санитарно-просветительная работа в условиях военного времени, в кн.: Сб. методических и инструктивных материалов, М., Медгиз, стр. 44, 1941, библиогр. (Центральный институт санпросвещения).

Финклер Ю. М., Готов к санитарной обороне. Пособие по оказанию первой помощи, М., Медгиз, 91 стр., 1944.

Финклер Ю. М., Готов к санитарной обороне. Пособие по подготовке к сдаче норм ГСО, М.—Л., 172 стр. (Исполнительный комитет союза обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР).

Харитонович Э., Человек нашел себя, М., Институт санитарного просвещения, 33 стр., 1944.

Черевков В., Медики-герои, ВОД, 12, 1941.

Четвериков В. С., Санитарное дело в СССР во время первых двух лет войны, Гигиена и санитария, 4, 1944.

Чудодейственное лекарство (история открытия и основные свойства пенициллина), Британский союзник, 14, 1944.

Шабанов А. Н., Подготовка среднего медицинского персонала для эвакогоспиталей, Фельдшер и акушерка, I, 1942.

Шабанов А. Н., Подготовка средних медицинских кадров в военное время Фельдшер и акушерка, 2—3, 1942.

Шавцов С. И., Курсы повышения квалификации аптечных работников, ВСД, 10, 1943.

Ш ворин В., Опыт усовершенствования врачей эвакогоспиталей, Госпитальное **дело, 5—6, 1943.**

Шевелев А. Б., Работа медико-санитарного эвена группы самозащиты МПВО, Омск, 64 стр., 1942 (Исполнительный комитет союза обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР).

Шейнис В. Н., Самопомощь и взаимопомощь в боевых условиях, В помощь лектору, М., 18 стр., 1943.

60 лет славного пути полковника медицинской службы заслуженного деятеля Науки профессора П. И. Эмдина, Невропатология *и* психиатрия, 4, 1944.

Ш и г а н Н., Санинструктор Георгий Климов, Фельдшер и акушерка, 6, 1944.

Шипотовский, Шефство над госпиталями — почетный долг советских патриотов, Санитарная оборона, 12—13, 1941.

Штат эвакогоспиталей на 600—900 коек, М., 7 стр., 1941.

Ш т р а й х С. Я., Русские сестры милосердия. Из прошлого, Санитарная оборона, 12—-13, 1941.

Шумкин Б. Н., Работа медицинской сестры в военно-санитарном поезде, Медицинская сестра, 8, 1942.

Шура-Бура Б. Л. и Коростелев В. С., Применение бактерий с военными целями, в кн.: Труды Владивостокского военного морского госпиталя, Л., стр. 132—140, 1941, библиогр.

Эм дин -П. И., Опыт проведения курсов по нейрохирургии на Воронежском фронте, ВМЖ, сентябрь—октябрь 1944.

ЮдинС. С,, Наш президент (к избранию академика М. Н. Бурденко ярепмм-том Академии медицинских наук), Правда, 22.ХП.1944.

Юдин С. С., Образы прошлого и силуэты некоторых военно-полевых хирургов, М., Медгиз, 48 стр., 1944.

Ю р и п о в Т. М., Из опыта войны начальника эвакогоспиталя, Госпитальное дело, 1—2, 1942.

Юрьев С. Ф., Военно-морской врач на русском флоте в эпоху Петра 1, Военно-морской врач, 3, 1944.

Юрьева, Опыт работы заместителя начальника эвакогоспиталя по медицинской части, Госпитальное дело, 1—2, 1942.

★

РЕФЕРАТЫ

Полковник инт. службы А. Н. О р-л о в. Органолептическая оценка пищевых продуктов животного происхождения ТЬе Ви1-1еПп о((Не О. 8. Агту Мед1са1 Оераг(теп(, 1945, № 87, р. 27 . . **44**

Инженер-капитан Н. А. Ц и п е р. **1)** Дезинфекционная обмывочная рота (ТЬе Ви11е(1п о! **Ше** II. 8. Акту Мед1са1 Вераг(теп(, Арг11 1945). 2) Получение горячей и холодной проточной воды в полевых условиях(ТЬе ВиПеЬп о((Ье II. 8. Агту Мес11са1 Оераг(теп(, Ти11 1945). **44**

РАРЕР8

Со1опе1 о(1п(епд. 8егу1се А. №. **О г-**1оу. Ог§апо1ер(1С Ев(1та(1оп о(Рооб Ргобис(8 о(Атта! Ог(§1п (ТЬе Ви11е11п о! (Ье II. 8. Агту—МесПса! Оераг4теп(, 1945, № 87, р. 27)..... **44**

Епд(пеег-Сар(а1П №. А. Т а *I* р е г. I. О15!п1ес()п§ ^УавЬп^ Сотрапу (ТЬе Ви11е(1в о((Ье V. 8. Агту Месйса1 Оераг(теп(, Арг11 1945), 2) Кесе1р(о! Но(апй Со1д XV а-(ег 1п Р(е1д СопбШопв (ТЬе Ви1-1е(1п о! (Ье I). 8. АгтуМесЬса! Оераг(теп(, Ли1у, 1945) **44**

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И.Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Отечественной войны (1941—**1945 гг.)**..... **47**

Б1виоаяАРНУ

Со1опе1 о! Мед. 8егУ1се I. О. М а-**к** а г о у, В|Ы1о$гарЬу о! М(1((агу Мед(с(пе 1п (Ье Уеагз о! (Ье Ра(г(о(1с ХУаг (1941—1945) . . **47**

2 руб.

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
' ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-нолковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

7-8

ИЮЛЬ — АВГУСТ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
"МЕДГИЗ —1946 —МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. Сдано в производство 6/УП 1946 г. Подписано к печати 23/Х 1946 г А 10748. Формат бум. 70Х108/16. Печ. л. 4 Уч.-изд. л. 6,50
Знаков в 1 п. л. 67 0 00. Тираж 8 800 экз. Цена 4 руб. Заказ 37;

13-я тип. треста „Полиграфкнига* ОГИЗа при Совете Министров СССР.
Москва, Денисовский, 30

Подполковник мед. службы М. С. МАРШАК,

кандидат мед. наук М. А. ВАСИЛЕВСКИЙ, П. И. ПАВЛОВА и М. Б. ФЕЛЬДМАН

ОПЫТ ДИЭТОТЕРАПИИ ПРИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ РАНЕНИЯХ В ВЕЛИКУЮ ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ВОЙНУ

Вопрос о правильной организации питания челюстно-лицевых раненых встал во всем объеме перед медицинской службой с первых же дней войны, так как широкой массе врачей не чуждо было ложное представление, что челюстно-лицевого раненого можно кормить только через зонд или даже через прямую кишку. Во время первой мировой войны некоторые хирурги пытались решить этот вопрос путем наложения челюстному раненому гастростомического отверстия для питания. Уже при поступлении в госпитали ближайшего тыла первых партий челюстно-лицевых раненых с нарушенной функцией жевания, сосания и глотания обнаружилось, что питание их организовано неправильно. Больные нередко были крайне истощены, так как не могли принимать пищу, отпускавшуюся им в летучках и временных военно-санитарных поездах, и ограничивались сладким чаем, иногда мочеными сухарями. В то же время в карманах шинелей у них оставались несъеденные сухари и колбаса; нередко куски колбасы извлекались изо рта. Для того чтобы предупредить истощение этих раненых, необходимо было разработать методику лечебного полноценного питания их, снабдить лечебные учреждения переднего района предварительно подготовленной нишей, не требующей сложной кулинарной обработки.

Такой пищей явились диэтетические' концентраты, изготовлявшиеся по рецептуре, разработанной Институтом питания Наркомздрава СССР, и принятые на снабжение приказом по НКО СССР № 279 в качестве пайка для челюстно-лицевых раненых в лечебных учреждениях войскового и армейского районов, в санитарных летучках и временных вюенно-\:анитарных поездах. В этот паек вошли следующие продукты (в граммах):

Хлеб из ржаной и обойной муки.....300
, пшеничный из муки Первого сорта.....800
Сухари молотые из ржаной и обойной муки..... 150
пшеничные из муки первого сорта 150

Диэтетические концентраты: •

а) суп-пюре картофельный с мясом ... .г 150
б) суп-пюре перловый с картофелем и мясом . . . • 150
в) кашица перловая с молоком и соей.....КО
г) кашица рисовая с молоком..... , . . 100
д) кисель концентрированный 30
Концентрат витамина С (сироп).....• ... 36
Сахар..... 30
Соль.....30
Чай..... 1

В приказе № 279 приведено дневное меню, способы приготовления концентратов и методы питания больных.

Таким образом, была решена проблема рационального нитания челюстно-лицевых раненых на передовых этапах.

Специального изучения потребовал вопрос о рациональном питании челюстно-лицевых раненых в тыловых санитарных учреждениях, эвакогоспиталях и постоянных военно-санитарных поездах.

В зависимости от характера поражения, мы разделили челюстных раненых на три группы. Для каждой группы пища подвергалась соответствующей механической обработке, вплоть до придания ей жидкой консистенции, и были введены соответствующие способы кормления больного: с ложки, из поильника с трубкой, через зонд.

Вместе с тем было отмечено, что при кормлении челюстно-лицевых раненых полужидкой и жидкой пищей в обычных объемах чувства насыщения они не испытывали. Пришлось повысить норму питания для этой группы раненых. Однако дальнейшие наблюдения показали, что обычная госпитальная норма питания полноценна и обеспечивает нормальный ход процесса заживления, нарастание веса и увеличение процента гемоглобина в крови.

Стало ясным, что причина жалоб на отсутствие чувства насыщения кроется в недостаточном объеме пищи и неправильном построении режима питания. Дело в том, что резко измененные условия приема пищи и характер ее кулинарной обработки сказываются на акте пищеварения. Можно полагать, что в значительной мере выпадает нервно-рефлекторная фаза пищеварения. Для устранения чувства голода мы предложили участить количество приемов пищи до 5 раз в день и увеличить количество жидкости до 3—3,5 л. Это мероприятие себя оправдало. (Потребность в добавочных продуктах отпала.

Далее мы занялись изучением секреции и состояния моторной функции желудка. С этой целью у ряда челюстно-лицевых раненых были проведены рентгеноскопии желудка и исследования желудочного содержимого после пробных завтраков по Боас-Эвальду, Эрману и Качу. Для обследования мы взяли раненых с разнообразными по характеру и давности ранениями. У всех этих раненых был перелом одной из челюстей или обеих челюстей. Давность ранения колебалась от 10 дней до 2 месяцев; имелись единичные случаи с давностью ранения свыше года.

Толстым зондом по Боас-Эвальду обследовано -85 раненых, фракционным методом по Эрману и Качу — на разных этапах лечения 33 раненых (в общей сложности 122 раза) Ч

Приводим результаты наших наблюдений.

1. Кислотность желудочного содержимого после пробного завтрака по Боас-Эвальду (толстый зонд): из 85 случаев общая повышенная, кислотность (выше 60) и свободная соляная кислота 40 наблюдались в[1] 53 случаях (63%); общая нормальная кислотность от 40 до 60 и свободная соляная кислота от 20 до 40 обнаружены в 21 случае (26%); общая пониженная кислотность (ниже 40) и свободная соляная кислота 20 наблюдались в 11 случаях (12%).

2. Максимальная кислотность желудочного содержимого после пробного завтрака по Эрману (18 больных — 96 исследований) (средние данные) приведена в табл. 1.

Более высокие данные кислотности при исследовании по Боас-Эвальду свидетельствуют о том, что раздражение у этих больных идет главным образом по нервным путям.

У 15 больных было произведено 26 исследований по Качу. Средняя максимальная кислотность видна из табл. 2.

Сводные данные по фракционному исследованию желудочной секреции у 33 больных (122 исследования) представлены в табл. 3.

[1] Из желудка откачивалось все содержимое

Таблица 1

				После завтрака		через		
	Натощак	15 минут	30 минут	45 минут	А Х ю 2	1	90 минут 1	105 минут '
Общая кислотность . .	68	37	58	67	Е8	57	65	55
Свободная соляная кислота	34	21	34	43	42	41	41	33

Табл и ц а 2

			После завтрака			через		
	Натощак	15 минут	30 минут	45 минут	00 минут	75 минут	90 минут	105 минут
Общая кислотность . .	64	'.4	42	44	65	63	56	63
Свободная соляная кислота	....28.....	.....20...	17	30	30	40	28	35

Табл иц а 3

				После завтрака через				
	Натощак	15 минут	30 минут	45 минут	минут	75 минут	90 минут	105 - 1 минут
Общая кислотность . .	71	40	50	57	68	60	65	59
Свободная соляная кислота	....32.....	.....21....	. 27	37	37	40	35	34

Из приведенных данных видно, что в подавляющем большинстве случаев у челюстно-лицевых раненых отмечается повышенная кислотность желудочной секреции и в ряде случаев спонтанная секреция.

Клинические наблюдения над челюстно-лицевыми ранеными свидетельствуют о нарушении регуляторных функций органов пищеварения. Нередко раненые жаловались на изжогу, обильное слюнотечение, чувство жара и потливость после приема пищи, крайне тягостное состояние при запоздании очередного приема пищи. Эти симптомы, характерные для гипо- и гипергликемии, зависели не столько от нарушения функций пищеварения, сколько от общего нарушения нейро-гуморальной регуляции, т. е. от вовлечения в процесс вегетативной нервной системы. Действительно, ранения челюстно-лицевой области, нередко сочетающиеся с травмой шейной области, сопровождаются значительным поражением нервной системы. Обильная сеть нервов и кровеносных сосудов, проходящая через эту область, определяет тяжесть ранения, хотя одновременно способствует более благоприятному течению регенеративных процессов.

Обильное слюнотечение, часто наблюдаемое у челюстно-лицевых раненых, свидетельствует о раздражении блуждающего нерва. Поэтому

проф. Н. Н. Еланский рекомендует для борьбы с обильным* слюнотечением давать раненым атропин.

У ряда больных мы получили общую кислотность, натощак превышавшую 100, и длительную секрецию, нараставшую к исходу второго часа исследования.

При пробном завтраке по Боас-Эвальду мы только в одном случае получили натощак общую кислотность, равную 10 с/с М/10 !\таОИ.

Динамическое наблюдение за желудочной секрецией у челюстно-лицевых раненых показывает в ряде случаев резкие колебания, о которых можно судить на основании приводимых ниже данных (табл. 4).

Инициалы больно	Время исследования	Кислотность желудоч					
		натощак		15 минут		после 30 минут	
				общая	свободная		
Ч.	26.Х.1944 Г.	34	0	28	0	48	32
	9.Х1.1944 г.....	30	16	10	0	20	0
Д.	30.У1.1945 г.....	76	36		-	24	12
	13.УП.1945 г.....	50	8	14	4	12	4

Переход от подавленного состояния к возбужденному, от быстрого истощения к спонтанной секреции свидетельствует о ее лабильности. Рентгеноскопия желудка во многих случаях устанавливала усиленную, глубокую перистальтику и некоторую задержку эвакуации массы. Все эти данные свидетельствовали о наличии повышенного раздражения вагусного характера и вегетативной дистонии у челюстно-лицевых раненых.

Логическим выводом из этих наблюдений явился пересмотр принципов диэтотерапии челюстно-лицевых раненых. В общем комплексе лечебных мероприятий диэтотерапию нужно было направить на успокоение возбужденной вегетативной нервной системы и уложить в рамки терапий язвенного больного: лечебный стол № 1 (консистенция по состоянию жевательного аппарата), атропин, покой, надлежащая физиотерапия, кальциевый воротник, витаминотерапия (витамин С, Вд, К).

Клинические наблюдения подтвердили целесообразность такой комплексной терапии.

Для иллюстрации приводим историю болезни.

1. Больной 3. Диагноз: сквозное пулевое ранение правой подчелюстной области с переломом челюсти, ранение мягких тканей цравой подчелюстной области, остеомиэлит нижней челюсти. Ранен 2.П.1945 г. Поступил в челюстно-лицевой госпиталь 29.111.1945 г.

Заживление вялое, правая половина лица припухла, резко болезненна, гранулирующая рана с гнойным отделяемым; свищ 7 см. Больной жалуется На изжогу и обильное слюнотечение. В прошлом желудочно-кишечных заболеваний не было.

Анализ желудочного содержимого при фракционном исследовании 6.1У.1945 г. становится ясным из табл. 5.

Рентгеноскопия ЮЛУ. Желудок .нормальной формы, величины и положения, с несколько замедленной перистальтикой.

12.У, в связи с вялым течением заживления раны, назначена комплексная терапия с включением соответствующей диэты (сто)1 № 1).

Состояние больного 26.V; изжога и обильное слюнотечение прекратились, при* пухлость в области правого подбородка значительно уменьшилась.

Рентгеноскопия желудка л.у: отчетливо видна неизмененная слизистая желудка, перистальтика и эвакуация в пределах нормы.

Приведенная история болезни свидетельствует о выраженном возбужденном состоянии секреторной и моторной функции желудка в результате общего раздражения вегетативной нервной системы. Надлежащая диэта в комплексе с другими мерами значительно улучшила общее состояние больного. Рана вскоре зажила.

Следует отметить, что диэту для язвенных больных и раньше симптоматически назначали челюстно-лицевым раненым на основании выраженных диснентических явлений. В этих случаях лечащие врачи также

Таблица 4

ного содержимого при фракционном исследовании

завтрака через

	45 минут		6П минут		75 минут		90 минут		105 минут	
	общая кислотность	свободная соляная кислота	общая кислотность	свободная соляная кислота	общая кислотность	свободная соляная кислота	общая кислотность	свободная соляная кислота	общая кислотность	свободная соляная кислота
	42	24	16*	0	28	0	28	38	32	0
	54	33	72	54	90	62	76	54.	58	36
	28	8	2							
	26	12	58	32	62	34	96	48	64	20

-отмечали более благоприятное течение раневого процесса. Очевидно, * диэта влияла не только на местный процесс в желудке, но на весь организм.

Таблица 5

	Натощак	После завтрака через						
		но ® 5?	1 30 минут 1	45 минут	с С 3	й 1	90 минут	105 минут
Общая кислотность . .	140	42	Не добыто	70	ПО	156	60	108
Свободная соляная кислота	16	* 16	9	34	55	82	38	60
вязанная, соляная кислота .....■..10..		10		6	ю'	10	12	16

В свете этих данных становится ясным, что при поражениях челюстно-лицевой области врач должен учитывать настроенность нервной системы раненого и соответственно этому применять диэтотерапию. При этом нужно учитывать не только состояние функции жевательного аппарата, слюнных желез и желудочной секреции, но и характер течения и фазу раневого процесса, как при всякой инфицированной ране.

При резко выраженных воспалительных явлениях в первой фазе раневого процесса или при вялом заживлении во второй фазе мы с успехом применяли противовоспалительную и кислую диэту с использованием принципа зигзагов. В результате применения этих диэт, разработанных одним из нас (Маршак), в первые дни Отечественной войны

значительно сократились сроки лечения раненых нри вяло протекающих ранах. По данным Горьковского челюстно-лицевого госпиталя (Великанова, Полячек), период заживления одонтогенных остеомиелитов при использовании кислой диэты сократился в среднем до 2 месяцев.

Таким образом, на опыте Отечественной войны создано научно обоснованное, диференцированное лечебное питание раненных в челюстно-лицевую область.

Поскольку разработанные нами показания учитывают не только местное поражение, но и общее влияние травмы на состояние организма, они определяют построение комплексной терапии, органической составной частью которой является лечебное питание.

Номенклатура лечебных столов, принятая нами при лечебном питании челюстно-лицевых раненых, представляется в следующем виде:

Лечебный отдел № Оч (челюстная) — жидкая полноценная диэта
» » № 1ч — химически и механически щадящая диэта
» » № 2ч — жидкая пюреобразная диэта
» » № 2ч — механически измельченная диэта
» » № 7пр — противовоспалительная диэта
» » № 14ч — кислая диэта
» > № 15 — рациональный стол

„Желательно пересмотреть паек челюстно-лицевых раненых по приказу НКО № 279, чтобы исключить из него черный хлеб, обеспечить соответствующую технологическую обработку пищи и ввести нужные диэтетические концентраты.

★

Подполковник мед. службы С. А. САВВАИТОВ

ОПЫТ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ В ВОЙСКАХ

Среди заболеваний, ведущих к различным ограничениям годности к военной службе, туберкулез легких всегда занимал одно из первых мест. Особенно ярко это проявлялось среди военнослужащих в годы войны.

По данным Зелецева, заболеваемость активным туберкулезом в русской армии во время первой мировой войны была следующей: в 1912 г. на 1000 человек приходилось 2,3 заболевания, в 1913 г. — 2,3, в 1914 г. -З.О, в 1915 г.—4,1, в 1916 г.—7,3, в 1920 г.—5,9 заболеванья.

Несомненно, истинные цифры заболеваемости следует считать значительно более высокими, так как в то время вопросы диагностики туберкулеза были недостаточно разработаны и показателем активности процесса служили главным образом клинически выраженная картина и бацилловыделение. Рентгенодиагностика применялась ограниченно, да и интерпретация рентгенологических данных с точки зрения современного представления о генезе туберкулеза была весьма неточной.

Среди американских войск, расположенных в США и на Аляске, в тот же период туберкулез был выявлен у 1,2°/о военнослужащих (Пеппер).

В английской армии освобождено от службы, вследствие выявления заболевания туберкулезом, около 2% призванных (Хеф и Ресбиллаид).

Значительное улучшение диагностики легочного туберкулеза, за последние 2—3 десятилетия позволило призывным комиссиям улучшить отбор призываемых в армию. Несмотря на это, заболеваемость туберкулезом в войсках во вторую мировую войну была широко распространена. Так, среди личного состава английского флота при флюорографии

выявлено 0,85% туберкулезных больных, в том числе много бацнлловыделнтелей. При поголовной флюорографии, произведенной в частях ньо-йоркского гарнизона (США), выявлено 1,4% больных туберкулезом (Ехуагйз и ЕгПсй). Поголовная флюорография всего состава американской армии, законченная к началу 1942 г., выявила от 0,5 до 1,5% страдающих туберкулезом (Ьап^). Аналогичные цифры получены при флюорографических обследованиях в австралийской армии (Сооре г).

Изменившиеся социально-экономические условия, проведение широкой программы противотуберкулезных мероприятий резко снизили заболеваемость туберкулезом в СССР. Однако в условиях Великой отечественной войны туберкулез среди личного состава Красной Армии снова получил определенное распространение.

Таланов, суммируя результаты обследования личного состава Ы-ской дивизии, занимавшей боевые порядки на одном из фронтов, сообщает, что при поголовной рентгеноскопии выявлено 1,74% туберкулезных больных, из них 26% с активным процессом. При обследовании личного состава запасного полка выявлено 2,4% туберкулезных больных. Еще более высокой оказалась заболеваемость среди легко раненых, находившихся на излечении в ГЛР (3,4%). Почти на такие же цифры (2,4%) распространения туберкулеза в некоторых частях Красной Армии указывают и другие авторы (Бейлин, Равич-Щербо).

Анализируя свои наблюдения, Бейлин считает, что около 1% призванных в армию страдало активным туберкулезом легких.

Но проблема туберкулеза в армии далеко не исчерпывается количественной стороной. Значительный процент выявляемых больных страдает эролютивным туберкулезом. По материалам М-ского тылового эвакопункта, среди терапевтических больных 12—15% составляли больные туберкулезом. По данным Бейлина, 51% умерших в тыловых госпиталях другого эвакопункта умерло от прогрессирующего туберкулеза. Эти цифры достаточно веско обосновывают необходимость противотуберкулезной борьбы в армии.

Переход армии «а мирные условия обязывает медицинскую службу принять решительные меры для ограждения личного состава воинских частей от заражения туберкулезом.

Командование санитарной службы Ы-ского округа, чтобы получить ориентировочные данные о распространении туберкулеза в воинских частях, обследовало личный состав одного из соединений.

Обследование проводилось после демобилизации старших возрастов и увольнения в запас имевших какие-либо ограничения годности по болезни. 'Можно было думать, что по состоянию здоровья личный состав этого соединения вполне отвечает требованиям кадровой армии мирного времени. Обследование должно было не только выявить распространенность туберкулеза, но и выяснить связь заболевания с прохождением военной службы, соотношение клинических форм и степень инфицированное™ туберкулезом.

Комплексная бригада, состоявшая из фтизиатров, терапевтов, рентгенологов и лаборантов, обследовала в месте расположения соединения 1 794 человека, в том числе 255 офицеров.

Обследование производилось следующим порядком: у каждого обследуемого в течение двух дней измеряли температуру и затем ставили реакцию Манту (старый туберкулин Коха в разведении 1 : '5 000). Реакцию Манту проверяли через 24—48 часов. После этого обследуемый проходил рентгеноскопию и клинический осмотр. Кроме того, выборочно (по указанию врачей) некоторое количество лиц прошло рентгенографию и лабораторные исследования. Анамнез и все данные исследований заносились на индивидуальную карточку. По мере надобности в эту карточку записывались и необходимые организационные мероприятия.

Возрастной состав обследовайных: до 20 лет — 517 человек (28,8%), от 21 года до 25 лет—'1772 (43%), от 26 до 30 лет — 367 (20,5%), от 31 года до 35 лет — 93 (5,2%), от 36 до 40 лет — 38 (2,1°/о) и старше 40 лет — 7 человек (0,4%). В Красной Армии служило до 1 года 20%, от 1 года до 2 лет — 25%', от 3 до 4 лет — 24,8% и более 4 лет — 30,2%. Таким образом, среди обследованных преобладали люди в возрасте до 30 лет. Больше года в Красной Армии служило 80% обследованных.

1. Рентгенологически туберкулезные изменения обнаружены у 30, человек, т. е. у 1,68% обследованных. Из них 15 человек страдали активным туберкулезом н у 15 процесс был неактивный. В группе с неактивным процессом учитывались только проявления вторичного туберкулеза; организовавшиеся компоненты первичного комплекса опускались. Кроме того, выявлено 19 человек (1,05%),-подозрительных на заболевание туберкулезом. У лиц, вошедших в эту группу, рентгеноскопически обнаруживаемых проявлений паренхиматозного туберкулеза не было; отсутствовали также физикальные данные. Однако различные комбинации жалоб, общее состояние обследуемых, анамнез, частые гриппоподобные заболевания, субфебрилитет и т. д. при отсутствии иной патологии заставляли рассматривать их как подозрительных на туберкулез и требующих последующего наблюдения.

Среди больных с активным туберкулезом один человек был в возрасте до 20 лет, 8 человек — от 20 до 25 лет, 4 человека — от 26 до 30 лет, один—до 35 лет и один старше 40 лет. Таким образом, подавляющее большинство (13 из 15) имело возраст до 30 лет, что можно объяснить количественным преобладанием этой возрастной группы среди обследуемых. В Красной Армии служили до 1 года 3 человека, от 1 года до 2 лет — 3, от 3 до 4 лет—'5, более 4 лет — 4 человека. Следовательно, только трое находились в армии до 1 года. Обычно у туберкулезных больных, призванных в армию, вспышка заболевания наблюдается в течение первого года службы. Поэтому можно думать, что 12 человек заболели в армии или в ее рядах перенесли обострение старого, неактивного процесса.

Клинические формы активного туберкулеза таковы: инфильтрат в 6 случаях (в одном случае в фазе распада), подострый очагово-диссеминированный — в 2 случаях, фиброзно-кавернозный — в 2 случаях, ограниченно-очаговый — в 2 случаях и плеврит (с субплевральными диссеминациями) — в 2 случаях. Трое больных оказались бацилловыделителями.

Соотношение клинических форм приближается к закономерностям довоенного периода и отличается от явлений первых лет войны тем, что здесь нет преобладаний диссеминированного туберкулеза.

При обследовании мы не встретили ни одного больного с первичным туберкулезом. По данным же ряда авторов (Струков, Морозовский *и др.),* сейчас в Красной Армии наблюдается тенденция к увеличению случаев заболевания первичным туберкулезом.

Преобладание инфильтративных форм говорит об относительной свежести заболеваний и о том, что развитие процесса связано с прохождением военной службы.

В одной трети 'случаев РОЭ не превышала 15 мм в час, у 10 человек она была выше этой цифры. Субфебрильная температура наблюдалась у 10 человек. Наследственность у всех благоприятная, возможность контакта отрицалась. 13 человек считали себя здоровыми и только двое жаловались на нездоровье и указывали на перенесенные в прошлом заболевания, подозрительные на туберкулез. В числе больных с активным процессом было 3 офицера.

2. В группу с неактивным туберкулезом (15 человек) вошли лица с ограниченными, чаще всего верхушечно располо-

женными фиброзноочаговыми изменениями. По рентгенологическим данным, почти все они нрошли рентгенографию. На рентгенограммах этих больных видны плотные тени с четко очерченными краями, что позволяло расценивать фиброзноочаговые изменения как продуктивные, достаточно хорошо организованные. В анамнестических данных указания на перенесенный туберкулез либо отсутствовали, либо были настолько неясными, что на основании их не представлялось .возможным делать убедительные выводы о давности заболевания. Физикальные данные, как обычно бывает в подобных случаях, были невыразительны. Общее состояние больных удовлетворительное, особых жалоб не было.

Все это позволило расценивать туберкулез у больных данной группы как неактивный. Однако такой вывод весьма условен, что подтверждается регистрацией у 3 человек незначительного субфебрилитета и констатацией ускоренной РОЭ. Таким образом, «рентгенологическое спокойствие» было несколько потревожено этими довольно вескими клиническими данными. У 3 человек в семье отмечены туберкулезные заболевания. Вся эта группа нуждалась в непрерывном наблюдении. В этой группе реакция Манту оказалась положительной у 86% обследованных, отрицательной у 12,8% и сомнительной у 1,2%.

Наши наблюдения показали сравнительно небольшой процент лиц, не инфицированных туберкулезом, что не согласуется с выводами, полученными другими авторами, проводившими пиркетизацию и получившими примерно в 30% случаев отрицательную реакцию Пирке. Отдавая предпочтение реакции Манту как более точной, следует дальнейшими наблюдениями проверить степень инфицированности туберкулезом личного состава Красной Армии. Всех, у кого реакция Манту оказалась отрицательной, нужно учитывать и брать под наблюдение на протяжении всего срока военной службы, так как эти лица особенно легко воспринимают туберкулезную инфекцию.

Конечно, данные, полученные при обследовании одного соединения, нельзя рассматривать как средние цифры для всей Красной Армии. Однако наши наблюдения показали, что борьба с туберкулезом в армии остается серьезной задачей военно-медицинской службы. Полученные нами цифры заболеваемости хотя и меньше, чем во время войны, но все же значительны, и.это обязывает нас развертывать широкие противотуберкулезные мероприятия.

Остается пожелать более широкого распространения флюорографии, являющейся наиболее точным массовым методом выявления туберкулезных больных.

★

Капитан мед. службы А. В. ЧИНЕНКОВ

I. ЛЕЧЕНИЕ ГАЗОВЫХ ФЛЕГМОН ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНЫМИ ВЛИВАНИЯМИ

Газовая инфекция — одно из самых тяжелых осложнений после ранений. Она наблюдается в среднем у 0,2—4% раненых. Из-за недостаточной эффективности применяющихся методов лечения 30—45% раненых, заболевших ею, приходится делать ампутацию конечностей. Но и при этом смертность иногда достигает 30—35%. Общеизвестно, что частота случаев заболеваний газовой инфекцией зависит от сезона, во время которого произошло ранение, и качества почвы на поле боя.

Во время наступления на Берлин с Одерского плацдарма осложнения газовой инфекцией стали наблюдаться особенно часто, инкубационный период стал короче, а течение процесса более злокачественным. Это, очевидно, происходило потому, что

почва на плацдарме, па котором развертывались бой, была обильно удобрена навозом. Чтобы снасти жизнь многих раненых, заболевших газовой инфекцией, необходимо было повысить эффективность наших средств борьбы с развитием анаэробной инфекции.

Рассматривая наиболее часто применявшиеся средства лечения, отметим следующие их недостатки:

1. Оперативная обработка ран часто оказывается неполной из-за анатомических соотношений.

2. При введении сыворотки в вену даже по способу Дудко концентрация антитоксина в Крови все же остается низкой и малоэффективной.

3. Сульфамидотерапия не всегда эффективна, так как при местном применении сульфамиды, обладая гистиостатическим действием, замедляют образование раневого барьера (Ковтунович), а при общем применении могут ухудшить состояние токсемии.

4. Применение окислителей в ране также малоэффективно, так как они не доходят до тканевых и лимфатических щелей, в которых расположены бактерии, действуют поверхностно и не могут окислить среду.

5. Действие бактериофагов, так же как и лейкоцитов, резко затрудняется большим количеством токсинов в окружности раны. Это делает невозможным фагоцитоз и лизис бактерий.

%ля развития почти всегда имеющейся в ранах анаэробной флоры необходимы следующие условия: а) обширный некроз или повреждения тканей; б) наличие мышечных массивов, содержащих гликоген, необходимый для питания анаэробов; в) частый симбиоз анаэробов со стрептококком, который в замкнутых пространствах поглощает кислород и тем самым создает условия для роста анаэробов (Матти и Тисье); г) отсутствие аэрации, чему способствует нарушение кровоснабжения как результат обширной травмы и последующего отека.

Вся клиническая картина анаэробной флегмоны обусловлена местной, а также общей токсемией. Экзотоксин увеличивает некроз и отек, а увеличение некроза усиливает питание бактерий и продукцию токсина. Таким образом, создается порочный круг.

Для достаточной нейтрализации токсинов в месте их образования и эффективного воздействия на бактерии необходимы большие концентрации лекарственных веществ.

Общее их применение в больших дозах небезразлично для организма и опасно из-за возможности анафилактического шока или развития токсемии (особенно при применении больших доз сульфамидов).

Местное применение антисептиков и бактериофагов только в ране явно недостаточно. так как действие их ограничивается лишь поверхностью раны.

Наиболее рациональным в данном случае является метод введения веществ в магистральную артерию пораженной конечности. Преимущества этого метода следующие: лекарственное вещество действует только на пораженную конечность; доведение вещества в рану по капиллярам наиболее совершенно, причем даже грануляционный барьер не является ему препятствием; вводимое вещество доводится к ране в большой концентрации, а в венозную систему переходит небольшое его количество, так как основная масса введенного .вещества связывается тканями конечности; наконец, артериальный путь безопаснее, так как тромбы и эмболы, возможные при погрешностях введения, менее опасны, чем при вливаниях в вену.

В ХППГ М-ской танковой армии мы применяли следующие мероприятия.

1. После возможно более полной хирургической обработки с иссечением пораженных тканей в стволодую артерию пораженной конечности открытой или закрытой пункцией вводили 10—15 доз неразведенной противогангренозной сыворотки. Этим достигалась значительная концентрация сыворотки в крови конечности: 2,5—3% вместо 0,5% при внутривенном введении (Дудко). Кроме того, при внутривенном введении нарастание концентрации антитоксина в крови происходит медленно, постепенно и достигает максимума лишь на вторые сутки (Черная); при введении же в артерию максимальная концентрация создается сразу.

Вливанием сыворотки в артерию сразу нейтрализуется депо токсинов, прекращается их всасывание, Останавливается токсический некроз тканей, становится воз-“

можным фагоцитоз, так как >. исчезает отрицательный хемотаксис'лейкоцитов. Ткани получают возможность создания раневого барьера, предохраняющего от дальнейшего распространения процесса, что, по мнению Ковтуновича, важнее бактерицидной силы антисептиков.

2. Чтобы приостановить размножение микробов, создать бактериостаз, мы вводили через тот же прокол артерии 200 см^3 1°/о раствора белого стрептоцида. При этом стрептоцид, пропитывая ткани, входит в соединение с оставшимися после хирургической обработки дериватами белка, которые являются по теории Локвуда и Кобурна питательными веществами для микробов. Кроме того, стрептоцид попадает к ране неацетилированным в печени, как это наблюдается при внутривенном введении его, а потому и более активным. Действие стрептоцида усиливается плазмой артериальной крови. Стрептоцид создает достаточно бактерицидную концентрацию для самого опасного спутника анаэробов — стрептококка.

3. Чтобы резко оживить окислительные процессы в тканях, находящихся в состоянии токсического некробиоза, и создать неблагоприятную окисленную среду для дальнейшего существования анаэробов, через тот же прокол артерии мы вводили 20 см^3 1°/о раствора марганцовокислого калия (от применявшегося ранее З^/о раствора пришлось отказаться ввиду вызываемой им болезненности при введении).

Перманганат, быстро восстанавливаемый артериальной кровью, выделяет одноатомный кислород, особенно активный и, возможно, бактерицидный даже для анаэробов.

4. Чтобы окончательно воздействовать на ослабленные бактерии, но почему-либо недостаточно подвергшиеся действию введенных веществ, широко открытую после хирургической обработки рану обильно заливают антианаэробным бактериофагом.

В послеоперационном периоде желательно постоянное капельное вливание жидкостей (до 3—5 л в сутки) с добавлением спирта и глюкозы с аскорбиновой кислотой.

Желательно также дробное вливание крови (правда, у нас из-за осложнившейся тактической обстановки не всегда удавалось выдержать эту систему послеоперационного ведения больных).

Такой комбинированный метод лечения раненых с анаэробной инфекцией блестяще оправдал себя. Из 20 раненых умер лишь один с газовой флегмоной ягодицы Кроме того, этим раненым удалось сохранить конечности, которые, по заключению консилиума, безусловно подлежали ампутации. В нескольких случаях анаэробного сепсиса удалось сохранить жизнь наиболее тяжело раненым, признанным безнадежными (предварительно для уменьшения явлений токсемического шока мы вводили этим раненым перед хирургической обработкой марганцовокислый калий в вену по 10—15 г).

Однако у этого метода есть крупные недостатки. Во-первых, его можно применять только при лечении конечностей, да и то за исключением верхней трети бедра и плеча. При развитии в этих местах осложнений такой метод даже не останавливаёт флегмоны. Показателен в этом отношении случай летального исхода. В верхней трети бедра и плеча метод может быть действенным только после ампутации и вливания в артерию культи.

Во-вторых, этот метод неэффективен при наступившей гангрене, которую можно лишь приостановить.

Привожу .некоторые истории болезни. .

1. Раненый М., 1911 г. рождения. Ранен 31.1.1945 г. Первичной обработки в МСБ не проведено из-за осложнившейся тактической обстановки. В медико-санитарном взводе (МСВ) введена одна профилактическая доза противогангренозной сыворотки. Поступил в ХППГ 2.П в шине. Диагноз: сквозное пулевое ранение верхней трети правого бедра. Газовая флегмона правого бедра. Окружность раны резко отечна, синюшна, края некротичны, сухие. Со дна раны выпирают бурые размозженные мышцы. Обширная газовая крепитация по передней и внутренней поверхности правого бедра. Резкие боли в ране. Голень и стопа не отечны. Движения стопы нормальны. Пульс на тыльной артерии стопы прощупывается. Из раны сильный специфический запах.

Операция. Рана иссечена до здоровых тканей. Обнаружено наибольшее поражение и газовая инфильтрация в области портняжной и большой приводящей мышц. Пораженные мышцы $_{\%}$и клетчатка тщательно отпрепарированы и удалены. Близость расположения бедренной артерии навела на мысль ввести в артерию лекарственные вещества. Открытой пункцией введено: 10 доз противогангренозной сыворотки, 150 см^3 1% раствора белого стрептоцида и 6 см^3 5°/в раствора марганцовокислого калия. Рана обильно залита антианаэробным бактериофагом.

На следующий день отек уменьшился, появился кожный рисунок. Через 3 дня состояние стало хорошим, больной спокойно спит ночью, болей в ране нет. Исчез неприятный специфический залах из раны. Язык влажный, аппетит хороший, температура нормальная. 17.11.1945 г. раненый эвакуирован в хорошем состоянии.

2. Раненый С, 1908 г. рождения. Ранен 21.1У.1945 г. Хирургической обработки и иммобилизации в МСВ не сделано. Противогангренозной сыворотки не вводили. Поступил в ХППГ 22.IV. Диагноз: сквозное осколочное ранение левой стопы с повреждением кости. Обнаружена флегмона левой стопы и нижней трети голени.

Прибыл в очень тяжелом состоянии токсемии. Возбуждение, желтушность кожи. Кровяное давление 90/55. Пульс 96 в минуту, слабый. Левая стопа холодная, с синебурыми пятнами по медиальной поверхности. Резкий отек распространяется на нижнюю треть голени. Кожа напряжена и блестит. По медиальному краю стопы сверху рана размером 1 X 2 см; в области продольного свода стопы рана размером 10 X 5 см с выпирающими темнобурыми мышцами. В области отека газовая крепитация. Из раны резкий специфический запах.

22. 1У произведена широкая хирургическая обработка с удалением тканей до хорошо кровоточащих краев. Костная рана выскоблена острой ложечкой. Гемостаз.

В левую бедренную артерию закрытой пункцией введено 10 доз противогангренозной сыворотки, 200 см^3 1% раствора стрептоцида и 10см^{3}3°/а раствора марганцовокислого калия. В рану залит антианаэробный бактериофаг. На следующий день состояние средней тяжести. Кровяное давление 70/40. Сознание временами спутано. Пульс слабого наполнения. Боли в стопе и отек не увеличились. В веиу введено утром и вечером по 500 см^3 5°/о раствора глюкозы со спиртом.

На третьи сутки значительное улучшение, сознание ясное, появился аппетит. Сухость языка меньше. Кровяное давление 100/60. Пульс 100 ударов в минуту. **Боли** в ране почти исчезли.

При перевязке нет специфического запаха, пятна исчезли, отек стал значительно меньше. В ране лишь отдельные некротические участки, местами появился гной. Спирт для питья 300 см^3.

В дальнейшем обычное течение ограниченного гнойного процесса. Эвакуирован 26.1У из-за срочной передислокации госпиталя.

3. Раненый М-й, 1908 г. рождения. Ранен 24.11.1945 г., в тот же день поступил в ХППГ. Диагноз: 1) сквозное осколочное ранение правой голени с повреждением кости; 2) сквозное осколочное ранение левого голеностопного сустава с повреждением кости. Особого обострения процесса не наблюдалось. Раны в МСБ были рассечены, введена противогангренозная сыворотка. На поле боя раненому наложена транспортная шипа.

В ночь на 27.11 резко усилились боли в левой стопе. Стопа посинела, стала холодной, а общее состояние—тяжелым. Температура 38,5—39°. Кровяное давление 70/40. Пульс 108 в минуту. Язык сухой, шершавый. Раны сухие, некротические. Из раны на левом голеностопном суставе специфический анаэробный запах. Стопа резко отечна, наблюдается ясная газовая крепитация до средней трети голени. Тромбофлебит тыльных вен стопы. При зондировании раневой ход проникает в сустав. Перед операцией влито 550 см^3 спирта с глюкозой в вену и 500 см^3 жидкости Петрова, субокцнпитально 2 ампулы жидкости Штерн, а в вену 5 см^8 2*/в раствора марганцовокислого калия. Кровяное давление поднялось до 95/45.

По поводу анаэробной периартикулярной флегмоны произведена ампутация левой голени под хлорэтиловым оглушением.

На следующий день состояние крайне тяжелое. Температура 38,6°. Пульс 120 в минуту. Язык сухой. Болей в культе нет, отек несколько уменьшился. В веиу влито 500 см^3 спирта на 5% глюкозе. Стрептоцид по 1 г 6 раз.

1.Ш (на 6-й день после ранения) появился значительный отек и цепь бурых пятен по внутреппей поверхности правой голени и бедра по ходу сосудистого пучка. Обширная крепитация, доходящая до уровня коленного сустава. Специфический запах из раны почти пе ощущается. Крайне тяжелое общее состояние. Сознание затемнено. Консилиум пяти врачей. По состоянию конечности показана срочная ампутация, но вследствие резкого токсикоза и чрезвычайно тяжелого состояния больной не может перенести ампутацию. Состояние признано безнадежным. Для испытания онисаппого метода сделана попытка применить его «на безнадежном больном».

1.Ш для уменьшения токсикоза введено в вену 5 см^3 3в/о раствора марганцовокислого калия и влито 500 см^3 спирта с глюкозой. Субокципитально 2 см^3 1% раствора кофеина. В правую бедренную артерию влито 15 доз противогапгрепозной сыворотки, 200 см^3 1°/о раствора стрептоцида и 8 см^3 3ю/о раствора марганцовокислого калия. На голени сделан пробный разрез, снята передняя'стенка большеберцовой кости, обнаружена обширная газовая флегмона костного мозга с резким специфическим запахом. Удалено несколько металлических и костных осколков, куски полотна .и некротические ткани. Рана обильно залита антианаэробиым бактериофагом. Произведено постоянное капельное вливание в вену жидкости Петрова с периодическим добавлением спирта, глюкозы и противогапгрепозной сыворотки. За сутки влито 3 л жидкости.

Через сутки больной пришел в сознание. Температура 38,2°. Пульс 130 в минуту. Кровяное давление 100/45. Однако язык еще сухой. Больной не ест, много пьет, спит беспокойно. Еще через сутки при пепрекращающемся капельном вливании состояние больного резко улучшилось, кровяное давление поднялось до 120/55, пульс 120 в минуту, температура 37,8°. После ежедневных перевязок с аПгиапДэробпым бактериофагом появилось обильное гнойное отделяемое из раны, исчез специфический запах, почти рассосался отек, крепитации не обнаруживалось.

На 5-е сутки после операции отошли некротизировавшиеся ткани (которые ранее были инфильтрированы газом). В дальнейшем состояние улучшилось, а течение процесса стало обычным для обширной гнойной раны. Через 20 дней после операции эвакуирован с нормальной температурой, кровяным давлением 115/70. Рана очистилась.

Очейь сдержанно оценивая эги результаты и воздерживаясь от категорических выводов (слишком мало материала), я считаю необходимым более широко испытать этот способ лече!«ия раненых с газовой флегмоной.

II. МЕТОД ОЖИВЛЕНИЯ В ПЕРВЫЕ МИНУТЫ ПОСЛЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

Издавна известно, йто в момент клинической смерти, т. е. в момент прекращения функции мозга, дыхания и сердцебиения, организм еще жив. Поэтому уже в древности часто пытались оживить умирающих и только что умерших. В результате этих попыток прежде всего были разработаны методы искусственного дыхания. В начале XX века началась научная разработка способов возобновления сердечной деятельности (работы Кулябко, Андреева, Бирилло, Неговского и др.), а в последние годы сделаны попытки стимулировать деятельность мозга более или менее прямым воздействием на него при помощи субокципитального введения лекарственных веществ (работы Л. С. Штерн и Левита).

Процесс смерти—• явление весьма сложное. Поэтому для терапии агонии и смерти требуется сразу же применить комплекс соответствующих мероприятий.

Если смерть от продолжительных болезней необратима, так как она является средним звеном длинной цепи последовательно вступающих в действие исчерпывающих систем компенсации, то этого нельзя сказать об острой, травматической смерти здорового организма, так как система компенсации в этих случаях еще не исчерпана. Это я заставляет нас делать особенно энергичные попытки предотвратить такую смерть.

Громадный процент бойцов «огибает на ноле боя от нарушений гемодинамики. По данным натологоанатомической бригады Бялика, причинами смерти на поле боя в 23,8% случаев была кровопотеря (внутренняя кровопотеря—12,6%, наружная — 11,2%) и в 6,3% случаев шок. Такое же соотношение наблюдается приблизительно в передовых медицинских учреждениях армий.

Поэтому понятно внимание ко всем методам, способствующим восстановлению гемодинамики. Обычно применяемые инъекции камфорного масла, стрихнина, адреналина и кофеина в момент, когда у раненого началась агония, не эффективны, так как действие их всегда запаздывает: смерть наступает раньше, чем будут всосаны введенные вещества. Даже введение этих веществ в вену не может помочь, так как при агонии ток венозной крови почти отсутствует и введенные вещества не доходят до жизненных центров.

Вследствие этого были предприняты попытки поднять кровяное давление непосредственным нагнетанием крови и кровезаменителей в артерию. Усиливая питание сердечной мышцы через коронарные сосуды, нагнетание крови вызывало рефлекс с растягиваемой стенки артерий и могло в ряде случаев поддерживать угасающую ритмическую деятельность сердца (Андреев, Брюхоненко, Бнрилло, Неговский). В метод вносился ряд добавлений и усовершенствований: к вводимой жидкости добавляли адреналин; введение проводилось под пульсирующим давлением (имитирующим пульсовую волну); наконец, было разработано артериальное введение с последующим переключением на внутривенное вливание. Такая система мероприятий оказалась достаточно эффективной при агональных состояниях (вследствие кровопотерь, коллапса и шока. Но после остановки сердца эффективность описанной методики резко уменьшилась. Один гемодинамический массаж сердца и усиление коронарного кровообращения иногда оказывались уже недостаточными для возобновления ритмической деятельности сердца. Для ритмичного сокращения миокарда необходимо возбуждение нервных узлов, обусловливающих и регулирующих эту деятельность.

Долгое время был популярен метод внутрикардиального введения адреналина (предложенный Винтером в 1906 г.), который иногда давал эффект. Эффект метода основывался не только на действии адреналина, попадающего в кровь левого желудочка, но и на раздражении сердечной мышцы проколом. Однако укол в мышцу сердца, а тем более (адреналин, попадающий в значительной концентрации к окончаниям пучка Гиса, могут вызвать лишь одиночную судорожную систолу желудочков, а не ритмичную деятельность миокарда. Даже больше того: после такой судороги возбудимость сердца понижается еще больше.

Чтобы имитировать наиболее физиологичный возбудитель для миокарда, необходимо воздействовать на место возникновения сердечных импульсов —на узел Кис-Флака. Так как прямые вливания в правое предсердие невозможны, мы предложили вводить кофеин и адреналин в правую безымянную вену. (Производимое одновременно искусственное дыхание создает присасывание в крупных венах, что доводит разведенное кровью лекарство до венозного синуса — к узлу Кис-Флака.

Наш комплексный способ проводится следующим образом:

1. Непрерывно производят искусственное дыхание.

2. В обнаженную бедренную артерию вливают жидкость Петрова, физиологический раствор или разведенную в них кровь первой группы под давлением 150—200 мм ртутного столба в количестве 1—1,5 л.

3. Наладив внутриартериальное вливание и передав эту функцию медицинской сестре, не дожидаясь его окончания, вводят субокципитально 2 ом^3 1% раствора кофеина.

4. Для возбуждения угасшей деятельности сердца в правую безымянную вену вводят 1 см^3 1% раствора кофеина и 1 см^3 раствора 1:1000 адреналина по предлагаемому нами методу.

Только что умерший лежит с повернутой несколько влево головой. В этом положении ствол вены проицируется непосредственно под наружной (ключичной) ножкой грудино-ключично-сосковой мышцы. Длинной иглой от шприца «Рекорд» делают укол между ножками грудино-ключично-сосковой мышцы, направляя иглу кнаружн и книзу до появления крови из иглы при небольшой аспирации шприцем, после чего вводят заранее приготовленную в шприце смесь растворов адреналина и кофеина.

Для иллюстрации изложенного метода привожу случай «проведенного мной оживления в СЭГ Проскурова в 1944 г.

Железнодорожник В., 42 лет, был ранен 1.У.1944 г. при бомбардировке станции. Через 2 дня развилась газопая гангрена, левой голени с тяжелой интоксикацией. Во время ампутации З.У.1944 г. наступила смерть на операционном столе. Немедленно начато искусственное дыхание и налажено нагнетание в культю бедренной артерии крови первой группы, разведенной в 3 раза физиологическим раствором. Субокципитально введено 2 см^3 1% раствора кофеина. Так как деятельность сердца не возобновлялась, в правую безымянную вену введен раствор кофеина и адреналина. Через 30 секунд (на 5-й минуте после остановки сердца) появилось первое сердечное сокращение. Затем стали прослушиваться слабые, вначале неритмичные тоны сердца. Через 2 минуты после восстановления сердцебиения начался первый самостоятельный вдох, а еще через 13 минут при непрек'кщающемся нагнетании крови в артерию раненый пришел в сознание. Всего в артерию влито 1 300 см^5 разведенной крови.

Раненый ожил, выздоровел и теперь работает на прежнем месте — диспетчером станции.

Настойчиво проводя оживление, мне уже в 3 случаях удалось вернуть жизнь клинически мертвому человеку. Хочется надеяться, что наш опыт будет вкладом в учение об оживлении только что умерших, и наш метод, примененный во-время, спасет многих от преждевременной травматической смерти.

Майор мед* службы П. Г. ГАТЦУК

ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИТОВ и конъюнктивитов В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ

Наша боевая часть занимала передний край на одном из участков Ленинградского фронта. Бойцы и офицеры размещались в примитивно оборудованных окопах и землянках. Землянки были малы, стены и потолки не обшиты, поэтому всюду сыпался песок. Окон не было, нар тоже. Вещи бойцов — котелки, ранцы и противогазы — валялись где попало. Железные печки топились день и ночь, поэтому в землянках всегда было жарко; беспрерывно горели коптилки, которые насыщали воздух копотью. Бойцы спали на земле.

Как раз в это время бойцы и офицеры все чаще и чаще начали обращаться в санчасть за медицинской помощью по поводу кашля, головных болей, общего недомогания и конъюнктивитов.

В декабре 1941 г. после поголовного осмотра личного состава части выявилась следующая картина заболеваемости: бронхитом страдало 20,6% личного состава части, конъюнктивитом — 17,3%, бронхитом 'и конъюнктивитом — 13,4%. Кроме того, повысился процент гриппозных заболеваний, участились случаи заболеваний ангиной и пневмонией.

Медицинским осмотром установлено, что бронхиты сопровождались шумом в ушах и головными болями у 9% болевших, частым сухим кашлем без головных болей — у 82% и умеренным сухим кашлем — у 9%. Объективно небольшая гиперемия зева. Дыхание в легких жесткое. У 3,2% выслушивались сухие рассеянные хрипы. Температура нормальная. При конъюнктивитах — резкая гиперемия слизистых оболочек, слезотечение, боли в глазах, светобоязнь. Страдающие бронхитом жаловались на частый и упорный кашель, першение в горле, боли в груди, головные боли и незначительное общее недомогание. Но практически люди с бронхитом и конъюнктивом считались здоровыми и нормально работали. Их только не назначали в секреты и не посылали в разведку.

Для лечения бронхитов мы прописывали кодеин (0,015 г по 3—5 раз в сутки), доверов порошок. При конъюнктивитах применяли промывание глаз 3% раствором борной кислоты, цинковые капли, протаргол. 'Однако лечение не давало заметных результатов, н заболеваемость продолжала расти.

Обходя ежедневно землянки, я понял, что причина заболеваний кроется в бытовых условиях: в землянках — жара, а бойцы сидят сутками в шинелях, часто потные выходят на мороз и ветер. От топящейся печки, от коптилки и табачного дыма воздух перенасыщен дымом, копотью и пылью. Резкое колебание температуры, насыщенность воздуха дымом, копотью и пылью, попеременное перегревание и охлаждение организма бойца вызывали раздражение верхних дыхательных путей с небольшой воспалительной реакцией. То же самое было причиной конъюнктивитов.

Медицинская служба поставила перед комапдовапием вопрос о переоборудовапии и приспособлепии землянок под жилье. Боевая обстановка позволяла это сделать.

В каждом подразделении построено было несколько новых землянок, людей расселили свободней. В'землянках устроили небольшие окна, нары, полы из жердей, обшили потолок и стены. Изготовили полочки для котелков, столики. Топить печки разрешили только в определенные часы. Каждая землянка получила санитарный паспорт, в котором врач еженедельно отмечал санитарное состояние землянки и бойцов. Каждую неделю итоги санитарных осмотров объявлялись в приказе по части. Подразделения, добившиеся лучшего благоустройства своих землянок, премировали. Участие в этой работе приняла стенгазета и армейская многотиражка.

Через короткое время наши землянки изменились: в них стало достаточно просторно, все могли свободно спать на нараЯ. Даже читать днем бойцы уже могли при естественном освещении. На пары настлали еловых веток и покрыли их брезентом. Щели в потолке между бревнами забивали соломой или сеном, а головную часть потолка оклеивали бумагой или обшивали досками. В землянках перестали курить, регулярно проветривали их и убирали. Бойцы стали регулярно мыться, бриться. Санитарная часть в одной из 'землянок устроила стационар на 16 коек. Эту землянку мы отлично оборудовали, оклеили стены обоями, устроили настоящие печи. В нашем подземном госпитале лечилось много бойцов и командиров.

В январе 1942 г. заболеваемость бронхитами и конъюнктивитами начала быстро снижаться. На 13.11.1942 г. больных бронхитами с редким кашлем, без головных болей и общей слабостью было 2,1%, со слабо выраженными конъюнктивитами 0,8%. Заболевания ангиной, гриппом стали единичными.

Майор мед. службы В. И ВАРЛАМОВ

К ВОПРОСУ О ГАЗОВЫХ ПЕРИТОНИТАХ

1. Красноармеец Х., 23 лет, 15.Х.1941 г. доставлен в госпиталь с резкими схваткообразными болями в животе. Стул был жидкий. Заболел за несколько часов перед этим внезапно, во время тактических занятий в поле.

При поступлении больной был беспокоен, стонал, метался. Жаловался на нестерпимые боли в животе. Температура 36,7°, пульс 52 в минуту, мягкий, лабильный, живот резко вздут, всюду болезнен, в отлогих местах — притупление. Симптом Валя положителен. ■

Диагноз при поступлении: кишечная непроходимость.

Подкожно введен атропин, сделана горячая ванна, высокая сифонная клизма и поясничный новокаиновый блок по методу проф. А. В. Вишневского. После этого отошли газы и умеренное количество каловых масс. Живот стал мягким. Однако явления резко выраженной интоксикации продолжали быстро нарастать. Черты лица стали заостренными, появился холодный пот, кожа приобрела землистый оттенок. Пульс в течение 3 часов с момента поступления в госпиталь достиг 120 ударов, в минуту и едва прощупывался. Появились непрерывные рвоты с каловым запахом.

Операция. Под общим эфирным наркозом вскрыта брюшная полость, в которой оказалось небольшое количество мутной серозной жидкости. Весь кишечник умеренно вздут газами, цианотичен, брыжейка и стенка кишки отечны. Нарушения целости и проходимости кишок не оказалось. Между листками брыжейки тонкой кишки обнаружено множество мелких пузырьков газа. Пузырьки газа располагались также подсерозно на стенке кишки и под париетальной брюшиной. После ревизии брюшной полости операционная рана в ее нижнем отделе оставлена открытой, из брюшной полости выведены два тампона.

Через 6 часов после операции больной умер. Признаки трупного разложения (резкий запах) появились через 2 часа после смерти.

При вскрытии трупа в брюшной полости оказалось большое количество мутной зловонной геморрагической жидкости. Брюшина мутна, всюду точечные кровоизлияния. Между листками брюшины подсерозно на стенке кишки и под париетальной брюшиной большое количество пузырьков газа. Значительное количество газа также в околопочечной клетчатке. Стенка тонкой кишки, особенно ее мышечный слой, темного цвета, отечна; продольные полосы точечных кровоизлияний длиной 7 см, шириной 3 см. По ходу всего кишечника поперечные полоски точечных кровоизлияний, соответствующие така гес(а. Значительно выраженные дегенеративные изменения паренхиматозных органов.

2. Красноармеец К., 27 лет, поступил в госпиталь 4.1Х.1944 г. с резкими болями в животе. У больного рвота и неотхождение газов. Заболел накануне вечером в части. В начале заболевания понос и рвота.

При поступлении в госпиталь больной вял, малоподвижен. Лицо бледное, осунувшееся. Кончик носа, губы и подногтевые ложа цианотичны. Живот вздут, туго

эластичен. Резкая болезненность но всему животу и высокий тимпанит в егц чиж^ нем отделе. Температура 36,9°, пульс 140 в минуту, едва ощутим, рвота с каловым запахом.

Диагноз при поступлении: кишечная непроходимость.

Операция. Под общим эфирным наркозом вскрыта брюшная полость. В брюшнсй полости большое количество прозрачной желтоватой жидкости. Заворот брыжейки тонкого кишечника на 360° по часовой стрелке. Брыжейка и стенка тонкой кишки отечны, цианотичны, местами участки точечных кровоизлияний. На одном из участ ков тонкой кишки подсерозно множество мелких пузырьков газа.

Произведена деторзия брыжейки тонкой кишки, ушивание операционной раны.

При наложении швов на кожу, несмотря на применение кислорода и сердечных, больной скончался.

При вскрытии трупа в брюшной полости небольшое количество серозно-геморрагической жидкости, брюшина мутна. Брыжейка отечна, с большим количеством точечных кровоизлияний. Большое количество пузырьков газа по ходу топкой кишки подсерозно и между листками брюшины. Особенно много газа имелось под задним листком брюшины.

В первом случае патологоанатомическая картина характерна для тромбоза мелких пристеночных вен и интрамуральной венозной сети. Поперечные и продольные полосы точечных кровоизлияний мы наблюдали при венозном застое в эксперименте Будвин-акой-Соколовой в клинике. Подобные кровоизлияния отмечал также и Браун. Во втором случае был заворот брыжейки тонкой кишки.

Вызывает недоумение наличие субсерозно расположенных пузырьков газа.

Произвести бактериологическое исследование по условиям работы нам ни в одном случае не удалось. Тем не менее картина резко и быстро развившейся интоксикации при не особенно резко выраженных изменениях со стороны кишечника и субсерозно расположенный газ в брюшной полости заставляют предполагать, что в обоих случаях у больных в брюшной полости развилась газовая инфекция.

В монографии Арапова, озаглавленной «Газовая гангрена», имеется следующее заключение по данному вопросу: «Возможность прижизненных газовых поражений органов брюшной .полости еще не установлена. Исчерпывающие доказательства невозможности образования газовых перитонитов дают исследования Лера».

Нельзя согласиться с таким категорическим утверждением Арапова о невозможности развития газовой инфекции в брюшной полости. Свиридов (1940) вводил суточную культуру и споры В. регГпп^епз в брюшную полость морских свинок и в обоих случаях получал специфический анаэробный перитонит, причем иногда с образованием газа. Мельников (1935), предложив свою классификацию форм газовой флегмоны и объединив их в семь групп, седьмую, о которую включены и газовые перитониты, назвал «анаэробный сероэит».

Арапов пишет, что прекрасное снабжение кровью печени, желудка и кишечника предохраняет эти органы от развития газовой гангрены, даже при попадании в них самых вирулентных анаэробов.

Это положение безусловно правильно для тех случаев, когда анаэробная инфекция вводится или проникает в брюшную полость в результате патологического процесса при ненарушенном кровообращении в ней. Иное дело, когда анаэробы окажутся в полости брюшины в результате патологического процесса при расстроенном кровообращении в ней. Известно, что при хорошем кровообращении проникновение анаэробов в рану не ведет к развитию газовой гангрены. Зимницкий (1935) пишет, что при повреждении черепа и его покровов присутствие анаэробов в ране не отражается на процессе заживления. Преимущество покровов черепа перед конечностями автор видит в лучшем кровоснабжении первых. Больше того, некоторые авторы утверждают, что гангрена конечностей вызывается не столько микробами, сколько расстройством кровообращения.

Таким образом, надо полагать, что газовая инфекция В брюшной полости не может возникнуть как первичное заболевание, но способна бурно проявиться, когда нарушено кровообращение в результате какого-либо заболевания. В таких случаях газовая инфекция может обусловить быстротечный, неблагоприятный исход заболевания.

Приведенные нами случаи газового перитонита мы связываем с венозным застоем крови. В первом случае венозный застой крови был вызван тромбозом пристеночных и интрамуральных вен, во втором — сдавлением вен при завороте брыжейки тонкой кишки.

Либов (1944) приводит 14 случаев военно-полевой травмы, осложненной молниеносно протекавшей сосудистой формой анаэробной инфекции. На операционном столе вены оказались растянутыми пенистой кровью, а при вскрытии их с шипением вышел газ и небольшое количество крови. .

Из этого следует, что венозная кровь создает весьма благоприятные условия для развития газовой инфекции. Может быть, венозным стазом следует объяснять и тот факт, что количество В. регГпп^епз при завороте кишечника в просвете его возрастает. На это указывают Мюр и Ритчи и другие авторы.

Мы предполагаем, что при ряде заболеваний условия для развития газовой инЛекпии в бвюшной полости могут оказаться весьма благоприятными: в просвете

кишечника постоянно имеются анаэробы, нроникновение которых в брюшную полость при патологической проницаемости стенки кишки вполне вероятно.

Разрабатывая по заданию В. Н. Шевкуненко вопрос о венозном застое в системе воротной вены, мы поставили 60 опытов и в 7 случаях получили газовый перитонит. Эти опыты доказывают, что, во-первых, венозный застой кишечника является благоприятным условием для развития газовой инфекции, что газовая инфекция, во-вторых, может проникнуть из просвета кишки в полость брюшины и что анаэробный перитонит, в-третьих, вполне возможен.

Для иллюстрации приведем один из опытов, обследованный бактериологически.

29.11.1939 г. собаке была перевязана верхняя брыжеечная вена в месте, соответствующем оттоку от % тонкого кишечника. В течение двух суток после операции наблюдалось чрезвычайно тяжелое общее состояние: частый жидкий дегтеобразный стул, кровавые рвоты, умеренно вздутый, напряженный живот. На 3-и сутки понос прекратился. Резкое вздутие живота, рвоты с каловым запахом. Смерть через 74 часа после операции.

При вскрмтии трупа животного в полости брюшины темный экссудат с гнилостным запахом, темнобурая окраска и резкий отек застойного участка кишечника. Большое количество газа между листками брыжейки, в забрюшинной и окололопаточной клетчатке, под перикардом и мягкой мозговой оболочкой. Печень расползалась при дотрагивании и имела пенистый вид.

При бактериологическом исследовании экссудата выделен В. регГппйепз.

В других экспериментальных случаях мы при той же общей картине находили большое количество газа в подкожной жировой клетчатке и газ в венах брюшной полости.

Вывод

В случаях молниеносно развивающейся интоксикации при острых заболеваниях в брюшной полости с венозным застоем крови следует учитывать возможность развития газовой инфекции. Наличие подсерозно расположенных пузырьков газа должно подтверждать предположение о газовой инфекции.

Майор мед. службы М. П. БОГОМЯКОВ

ПЕНИЦИЛЛИН ПРИ ОСТРОЙ ГОНОРРЕЕ

Для общевойскового врача весьма интересен вопрос о лечении болйиых острой гонорреей в войсковых условиях и в максимально короткий срок.

Довольно эффективным средством для лечения больных острой гонорреей являются сульфамиды. Однако они не вполне удовлетворяют нас: срок лечення ими затягивается до недели и более, а сульфамидоустойчивые формы гонорреи вообше не поддаются воздействию этих препаратов.

По предложению акад. А. Я. Прокопчука мы испытали двенадцатичасовой метод лечения острой гонорреи импортным пенициллином путем внутримышечных инъекций в ягодичную область по 40 000 оксфордских единиц в следующие сроки: в 9, 12, 15, 18 и 21 час.

Таким образом, на курс лечения (12 часов) требуется 200 000 оксфордских единиц пенициллина. Его готовили на дестиллированной воде или физиологическом растворе с таким расчетом, чтобы в 1 см' содержалось 5 000 ед. пенициллина. Следовательно, на одну инъекцию, содержащую 40 000 ед., требовалось 8 см^3 дестиллированной воды или физиологического раствора. Раствор пенициллина надо готовить перед инъекцией; хранить его можно не более 14 часов в холодном месте.

Всего по этому методу мы лечили 34 человек с давностью заболевания от 3 до 24 дней. Все больные уже после второй инъекции отмечали прекращение рези. Перед началом третьей инъекции у части больных прекратились выделения из мочеиспускательного канала, но у 45% больных оставалась гиперемия и отечность его наружнюго отверстия; выделения исчезли к концу курса у 9,5% больных, остались слизистыми — у 9,5% и слизисто-гнойными — у 36% больных. На следующий день выделения отсутствовали уже у 22 больных, моча (перзая и вторая порция) была прозрачной; у 11 больных имелся один из симптомов: оклеивание наружного отверстия мочеиспускательного канала, нити паутинообразного характера в первой порции мочи, слизистые выделения из уретры в незначительном количестве.

До лечения проводилось лабораторное исследование мазка из отделяемого уретры. Во всех мазках лейкоциты покрывали все поля зрения и были обнаружены гонококки. '

Через 10 дней после провокации (бужирование, прижигание 8о1. Аге', пкпс! 1% и в ряде случаев алкоголь рег оз) ни у одного больного не обнаружено гонококков. У 35% больных были слизисто-гнойные выделения в незначительном количестве,

лейкоциты в умеренном количестве, у 15% небольшие слизистые выделения и малое количество лейкоцитов, у 50% больных выделений не было.

Лейкоцитоз крови через 10 дней снизился у 80% больных и повысился у 20%. РОЭ оставалась прежней в 20% и снизилась в 80%. Содержание гемоглобина понизилось у 40% больных и повысилось у 60й/». Количество эритроцитов увеличилось у 70% больных и уменьшилось у 30%.

Белая кровь: увеличение сегментоядерных у 50% больных, уменьшение у 50%; увеличение лимфоцитов у 50% больных, уменьшение у 40%, прежнее количество у 10%; увеличение моноцитов у 80% больных, уменьшение у 10%, прежнее количество у 10%; увеличение эозинофилов у 10*/<]1 больных, уменьшение у 70%, прежнее количество у 20%; увеличение палочкоядерных у 20% больных, уменьшение у 30%, прежнее количество у 50%.

Тщательная проверка больных, произведенная через 1—2—3 месяца, наглядно показала полное излечение: ни субъективных, ни объективных признаков заболевания гонорреей обнаружено не было.

3 группу лечившихся нашим методом входило несколько человек с сульфамидоупорной формой, с парауретральными свежими инфильтратами. У этих больных инфильтраты стали безболезненны на следующие сутки после начала лечения и почти полностью рассосались к 10-му дню.

Из 5 больных хронической гонорреей, которых мы лечили по этому же методу, выздоровел только один.

Выводы

1. Введением пенициллина по нашему методу в дозировке 200 000 оксфордских единиц можно вылечить больного острой гонорреей в течение 12 часов.
2. Даже при давности заболевания до 25 дней получаются такие же хорошие результаты. ■
3. Лечению пенициллином поддаются и больные с сульфам'идоупорными формами острой гонорреи»
4. Пенициллин благоприятно действует при парауретральных инфильтратах (свежих), которые рассасываются в течение нескольких дней без местного лечения.
5. Пенициллин действует весьма быстро: улучшение наблюдается уже начиная с третьей инъекции.
6. Лейкоцитоз в большинстве случаев падает, а РОЭ, как правило, не дает повышения. Гемоглобин более чем в половине случаев незначительно увеличивается. Количество эритроцитов в % случаев увеличивается и в % уменьшается. Со стороны белой крови характерно в преобладающем количестве случаев увеличение моноцитов и уменьшение эозинофилов. .
7. Схема лечения и дозировка, принятые для лечения острой гонорреи, неприемлемы для лечения хронической формы.

★

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ТАКТИКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Полковник мед. службы Л. С. КАМИНСКИЙ

К ВОПРОСУ ПОСТРОЕНИЯ КЛАССИФИКАЦИИ ВОЕННЫХ ПОТЕРЬ

Развитие и углубление естественно-научных знаний, характеризующиеся выяснением этиологии и патогенеза многочисленных заболеваний, поставили задачу наиболее рациональной систематизации и классификации болезней, объединяемых в отдельные группы. Не касаясь -боснования существующих классификаций тех или иных явлений, отметим, что при сравнении различных явлений (фактов), группируемых по их признакам, наиболее существенным является однородность внутреннего состава сравниваемых явлений. Это особенно важно при статистических работах. Если отсутствует максимальная однородность всех единиц, входящих в состав изучаемых явлений, числовые характеристики, измеряющие сравниваемые явления, не сопоставимы. Лица, пользующиеся статистическими разработками, должны быть вполне уверены в однородном подборе явлений, которые получают свое выражение в числовых характеристиках. Больше того, не только каждая отдельная сравниваемая группа явлений, но и каждая входящая в ее состав единица наблюдения должна быть однородна. При сравнении, например, численности групп больных сифилисом должна быть уверенность в том, что в каждой группе в число больных включены все формы болезни, относимые к сифилису. Если в одну из групп включены больные йрогресс-й'вньгм параличом, сухоткой спинного мозга и аневризмой аорты, а в' другую группу они не включены, то сравнение и оценка обеих групп больных по их числовым показателям будут лишены логического смысла. .Многие статистические работы обесцениваются нарушением указанного основного требования.

Поэтому необходимо внести ясность в определение некоторых понятий, применяемых в медицинской службе. Это тем более важно, что в связи с начатым обобщением военного опыта советской медицины и решением многих медицинских проблем многие понятия и термины, принятые в военной медицине, нуждаются в уточнении и однородном понимании.

К числу таких основных понятий, точное определение которых с нашей точки зрения представляется крацне существенным, относится термин «военные потери».

Уточнению подлежат не только составные части понятия, не только 'определение самого понятия, но и уточнение наименования, которое ему присваивается.

Как в отечественной, так н в зарубежной литературе наблюдается большой разнобой в классификации военных потерь и наименовании. Поэтому пользоваться помещенными в литературе числовыми данными можно лишь с большой осторожностью. При этом необходимо постоянно помнить, что статистические данные о военных потерях всегда являются в той или иной степени приближенными к действительности, что разные авторы по-разному понимают термин «военные потери». Термины «людские потери», «санитарные потери», «медицинские потери», «боевые потери», «военные потери», «потери», «потери действующей армии», «потери участвовавших в боевых действиях» и многие другие пестрят

в специальных исследованиях, журнальных статьях и исторических справочниках.

Мы полагаел|, что общим, объединяющим термином, относящимся к потерям действующей армии во время войны, можно считать понятие военные потери.

Военными потерями следует именовать все случаи, когда военнослужащие выбывают из рядов действующей армии вследствие непосредственных военных действией или болезни на срок не менее одних суток. Как и каждое обобщающее определение сложного явления, состоящего из многочисленных индивидуально отличных друг от друга случаев, приведенная трактовка является до известной степени условной. Отклонения от обобщающего определения требуют известных оговорок, но раз навсегда установленные оговорки как раз и придадут данному определению должную устойчивость и однородность понимания.

Например, потери военнослужащих убитыми и ранеными во внутренних районах страны в результате налетов вражеской авиации дальнего действия можно отнести к военным потерям, хотя -они произошли и не в действующей армии. В число военных потерь, повидимому, следует отнести и военнослужащих, погибших при несении гарнизонной службы в результате диверсионных актов врага. Повторяем, что некоторые случаи военных потерь будут требовать специальных разъяснений, и предусмотреть их в обобщающем определении не только невозможно, но, пожалуй, и не нужно.

Наиболее распространенным термином, применяющимся в. отечественной литературе при оценке военных потерь в приведенном выше понимании, можно считать термин «санитарные потери».

Он включает понятие о последствиях; которые вызывают военные потери-действующих армий вовремя войны в состоянии здоровья и демографических процессах как среди воинских контингентов, так и среди населения, из которого эти контингенты черпаются. Некоторые исследователи включали в число санитарных потерь те утраты, которые несет гражданское население в результате усложнившихся условий военного времени. Подчеркиваем, что санитарные потери рассматриваются нами ограничительно только в отношении действующей армии. С этой точки зрения такие группы потерь, как военнопленные и пропавшие без вести, не вполне подходят под наименование санитарных потерь. В последнее время в литературе появился термин «медицинские потери», отождествляемый с понятием санитарные потери. Однако термин «медицинские потери» мы считаем неудачным по следующим соображениям.

Говоря о потерях армии во время войны и придавая им определенный эпитет, мы стремились обозначить происхождение, природу этих потерь. Между тем подобное толкование эпитета «медицинские» привело бы нас к совершенно неправильному пониманию этого термина. Можно допустить, что под термином «медицинские потери» понимаются те военные потери, которые, обслуживаются медицинской службой, т. е. обоснованием принятого эпитета является организационный принцип.

Нам кажется, что для категорий потерь, которые обслуживаются медицинской службой, следует сохранить понятие «санитарные потери», являющиеся частью военных потерь вообще.

В дальнейшем изложении мы пытаемся классифицировать все категории военных потерь для возможной унификации статистических разработок и единообразного понимания понятий и терминов. Классификация военных потерь преследует в первую очередь практические цели, так как от соотношения отдельных видов потерь зависит принятие тактико-организационных, медико-организационных и других мероприятий

как перспективного, так и оперативного характера. Военные потери, относящиеся только к действующей армии во время войны, по своему происхождению бывают боевыми и небоевыми. К боевым относятся потери, происходящие исключительно вследствие военных действий, к небоевым — все выбывшие из действующей армии по болезням • или их последствиям. Некоторые отождествляют понятие «санитарные (медицинские) потери» с понятием «боевое и небоевое поражение». 'Между тем основным признаком, определяющим потери, является выбытие из рядов действующей армии, тогда как главная черта, характеризующая поражение, — нарушение здоровья организма, нарушение и понижение функций отдельных органов или их систем и др.

Не всякое .поражение человека (организма) влечет за собой выбытие из действующей армии, т. е. может быть отнесено к потерям. Часть пораженных обходится амбулаторным лечением, часть вовсе не обращается за медицинской помощью

Расчленение всех военных потерь на виды представляет немаловажное значение для оценки отдельных боевых операций и хода военных действий в целом.

Каждый из отмеченных видов военных потерь представляет существенный интерес для командования с точки зрения тех последствий, которые влекут за собой потери для численного состава действующей армии. При современных масштабах войн, когда в армию привлекаются огромные массы населения, а потери носят массовый характер, наиболее важно знать, в какой мере военные потери могут быть пополнены за счет возвращения в действующую армию временно выбывших из нее лиц. С этой точки зрения и боевые, и небоевые потери следует распределить на две группы: безвозвратные и временные.

Исходя из приведенных соображений, классификация военных потерь может быть схематически представлена в следующем виде.

Классификация военных потерь

Воен ные потер и

боевые		не боевые	
безвозвратные	временные '	безвозвратные	временные
1. Убитые 2. Пропавшие без вести 3. Попавшие в плен 4. Умершие в плену 5. Умершие на пути к первому этапу медпомощи 6. Умершие от ' ран в лечучрсждениях 7. Умершие от прочих боевых поражений 8. Уволенные из армии вследствие боевых поражений и ранений	I. Раненые 2. Контуженные 3. Обмороженные 4. Обожженные Б. Газоотравленные 6. Уволенные в отпуск (в запас) вследствие боевых поражений	1. Умершие от болезней 2. Умершие от небоевых травм 3. Умершие от самоубийства 4. Уволенные из армии по болезни (небоеваятравма)	]. Больные 2. Уволенные в. отпуск (в запас) по болезни

[1] Число ранений (контузий), не влекущих за собой выбытия из строя, при условии обращения подобных раненых за медицинской помощью, несомненно, нужно учитывать, и, таким образом, число военных поражений всегда будет больше санитарных потерь.

Таким образом, военные потери в основном можно распределить на четыре грунны: 1) военные потери боевые безвозвратные; 2) военные потери боевые временные; 3) военные потери небоевые безвозвратные; 4) военные потери небоевые временные.

'Могут, конечно, возникнуть споры, относить ли обмороженных к боевым или небоевым потерям. Нам кажется, что обморожения, особенно происшедшие в войсковом районе, следует относить к группе боевых потерь, хотя они вообще не присущи военным действиям как таковым. Вместе с тем распределение обмороженных на две группы, в зависимости от района, где произошло обморожение, усложнит группировку да л вряд ли станет целесообразным. Подавляющее большинство обморожений происходит в войсковом районе. Вот почему отнесение всех обмороженных к боевым потерям, хотя в известной степени и носит условный характер, все же считается неправильным или противоречащим общеустановленным взглядам.

Таковы основные черты обоснования классификации военных потерь. Приведенная схема потерь позволяет очень просто перейти к классификации санитарных потерь, т. е. тех категорий, которые непосредственно обслуживаются медицинской службой. Для этой цели достаточно из классификации исключить категории, которые, по принятым установкам, не подходят под определение санитарных потерь. К таковым относятся пропавшие без вести, попавшие в плен и умершие в плену. Категория убитых, представляющая значительный интерес для разрешения некоторых патофизиологических проблем военной медицины, условно с организационной точки зрения может быть исключена из числа санитарных потерь. Однако' включение в число санитарных потерь убитых дало бы значительно более полный охват явления в целом и, как нам представляется, было бы наиболее правильным при оценке потерь с санитарной и демографической точки зрения.

Организационно-медицинские, санитарно-тактические и лечебные запросы медицинской службы выходят далеко за пределы приведенной классификации и, естественно, требуют применения более детальных классификаций и группировок каждой категории потерь по ряду признаков, являющихся сферой изучения многочисленных военно-медицинских дисциплин.

Сюда относятся: классификация ранений по локализации и характеру повреждений, классификация болезней и причин смерти, классификация причин инвалидности (увольнения из армии), классификация отдельных видов боевых и небоевых поражений и т. д. В задачи настоящей статьи не входит рассмотрение значения каждой из этих классификаций, значительно расширяющих и углубляющих наши знания как с общевоенной, так и с военно-медицинской точки зрения. ,

Цель каждого научно-статистического изучения заключается не только в констатации явлений (фактов) и характеризующих их признаков, но и в определении связей и взаимозависимостей фактов и обусловливающих их причин. Поэтому расчленение каждой категории санитарных потерь только по одному классификационному признаку еще не достаточно. В статистических разработках обычно прибегают к комбинированию ряда признаков с основными классификационными и изучают явления (факты), расчлененные на составные части, в их взаимной связи и зависимости. Группировка избираемых признаков определяется преимущественно целями намечаемого изучения. Можно производить группировку (расчленение) каждой категории санитарных потерь, соответртвенно распределенных по пунктам Детальной классификации, в комбинации с характеризующими их признаками. Боевые потери, например, ранения, можно группировать по локализации и характеру ранений в комбинации с видом ранящего оружия и должностным составом

раненых и т. и. С организационно-медицинской и санитарно-тактической точки зрения каждую категорию санитарных потерь (исключая убитых) можно научать, в зависимости от сроков .оказания медицинской помощи, числа этапов эвакуации, длительности пребывания на различных этапах, исходов лечения и др.

Пользование, рациональными классификациями, построенными на многочисленных признаках, будет, несомненно, поднимать на более высокую ступень наши знания в области военной медицины.

★

Полковник мед. службы Е. М. МАРГОРИН

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В АРМЕЙСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ХППГ

Армейский специализированный ХППГ второй линии является основным нейрохирургическим центром, в который стекаются все раненные в череп, независимо от тяжести повреждения. В ХППГ после окончательной сортировки раненые получают квалифицированную помощь. Дальнейшая судьба этих раненых, а равно характер и объем специализированной помощи на последующих этапах эвакуации во многом зависят от качества и четкости работы в ХППГ второй линии.

Прежде всего следует указать, что ХГТПГ вместе с приданными ему группами ОРМУ является местом массовой хирургической деятельности. Все звенья госпиталя, от которых зависит обслуживание потока раненых, должны действовать четко, как хороший конвейер. Малейшая задержка этого конвейера (например, медленная работа парикмахера или рентгеновского кабинета) быстро скажется на всех участках работы госпиталя, приведет к образованию пробки, нарушит деятельность опе-.рационной.

Так как во всей системе специализированного лечения раненных в череп ХППГ имеет особенно важное значение, я решил поделиться опытом организации его нейрохирургического отделения на 2-м Украписком фронте в период наступления наших войск.

Путь черепно-мозгового раненого с момента поступления его в ХППГ показан на схеме (см. стр. 28).

П р и е м и о-со р т и р о в о ч ное отделение. При организации этого отделения необходимо соблюдать строгую пропускную систему. Это должен быть санитарный пропускник без встречных потоков раненых. Устроить такой пропускник в полевых условиях очень трудно.

При поступлении партии раненых врач осматривает их, выделяет тяжель/х и выдает им соответствующие талоны, по которым раненых направляют на санитарную обработку и в перевязочные в первую очередь. Затем на голову раненого надевают предохранительную клеенчатую шапочку и его переносят в моечную.

Мыть раненного в череп необходимо в лежачем положении, на носилках. Для этого очень удобно пользоваться обычной ручной садовой лейкой.

В чистой половине приемно-сортировочного отделения раненых укладывают на носилки, поставленные на козлы. Носилки должны быть сменные, чтобы пострадавших можно было на этих же носилках переносить в диагностическую перевязочную.

Диагностическая перевязочная. Специализированный ХППГ по отношению к раненным в череп выполняет две основных задачи: производит окончательную сортировку пострадавших и первичную хирургическую обработку ран. Для решения первой задачи организует-

ся диагностическая перевязочная, в которой должны работать нейрохирург, невропатолог, окулист, отиатр ,и стоматолог. Главная задача заключается в том, чтобы, всесторонне обследовав раненого, установить, повреждены ли кости черепа или только мягкие покровы головы.

Уточнение характера повреждения позволяет разделить весь поток раненых, направляемых в перевязочную, на два русла: 1) раненные в мягкие покровы головы, направляющиеся в большинстве случаев сразу в эвакуационное отделение госпиталя и далее в ГЛР (исключая только раненых с явлениями коммоционно-контузионного синдрома), и 2) раненые с повреждением костей черепа (начиная с нарушения целости наружной костной пластинки и кончая проникающими ранениями), подлежащие госпитализации в нейрохирургическом отделении для операции или консервативного лечения.

Естественно поэтому, что работа диагностической перевязочной тесно связана с операционной. Чем совершеннее сортировка, тем меньше загружаются легко ранеными нейрохирургическое отделение и операционная, тем больше остается времени для оказания срочной хирургической помощи черепно-мозговым раненым. Кроме того, своевременное выявление всех пораженных в мягкие покровы черепа и быстрое лечение их в ГЛР сохраняют армии много ценных кадров, имеющих боевой опыт.

Если ХППГ, кроме пораженных .в голову, обслуживает также раненных в грудь, необходимо начинать разделение этих групп раненых на два потока уже с «грязной» половины сортировочного отделения.

Диагностическая перевязочная, принимающая всех раненных в голову, должна размещаться в просторной комнате и иметь не менее 6—8 перевязочных столов, из которых половина отводится для черепных раненых, а остальные — для раненных в глаз, лицо; челюсти и ЛОРорганы.

Под наблюдением врача с головы раненого снимают повязку и бреют волосы. Сбривать волосы следует обязательно со всей головы, иначе можно просмотреть мелкоосколочные точечные ранения, нередко оказывающиеся проникающими.

Четкая работа парикмахеров, которых в ХППГ должно быть не менее трех, имеет большое значение во всем процессе обработки раненных в. череп.

Парикмахеры должны иметь достаточное количество хороших машинок и бритв. Опыт показывает, что бритье волос, занимающее много времени, удобнее разделить на два приема: один парикмахер производит стрижку волос, другой — бритье. Такая «специализация» вдвое увеличивает пропускную способность (до 15 человек в час). Волосы около раны удаляют в последнюю очередь и рану покрывают новой стерильной салфеткой, для чего рядом на отдельном столике находится бикс с материалом и корнцанг в дезинфицирующем растворе. Парикмахеры должны быть знакомы с правилами асептики, работать в масках и обязательно протирать спиртом бритвы и машинки после каждой обработки.

Затем каждого раненного в череп поочередно осматривают нейрохирург и невропатолог, а при необходимости — и другие специалисты. Каждый специалист в истории болезни отмечает результаты обследования и диагноз.

Помимо диагностической работы, в перевязочной производится первичная хирургическая обработка ран .мягких покровов черепа. По отношению к этой группе раненых диагностическая перевязочная является по существу операционной.

Все слепые раны мягких тканей и часть касательных (если врач сомневается в целости костей черепа) подлежат обязательному рассечению или иссечению и тщательной ревизии кости. Если повреждена кость, операцию прекращают и возобновляют в операционной нейрохирургического отделения. Никакие вмешательства на костях .в диагностической перевязочной недопустимы.

Работу над повреждениями мягких покровов черепа надо поручать

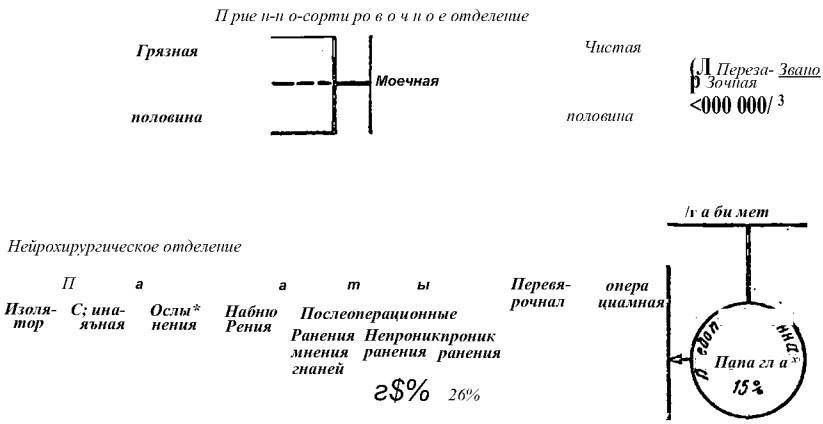
опытному хирургу, так как после окончательного установления диагноза раненый уходит из-под наблюдения специалистов.

Хирургу при операциях обязательно должна помогать сестра, так как это вдвое ускоряет обработку ран.

Сестра у стерильного стола должна иметь в запасе большое число инструментов и материала, особенно простыней и полотенец (до 25 комплектов). Лучше всего иметь заранее приготовленные пакеты, содержащие все необходимое для одной обработки раны мягких тканей головы.

К перевязочной нужно прикрепить вполне грамотного санитара для записей (под диктовку хирурга) в истории болезни и перевязочном журнале, а также два звена санитаров-носильщиков (по 2 человека каждое) для доставки и выноса раненых. Я подчеркиваю эти «мелочи», зная по собственному опыту все их значение.

Как отмечалось выше, после диагностической перевязочной поток раненых разделяется: часть направляется в соответствующие медицинские отделения (в зависимости от характера ранения), часть — с повреждением мягких покровов — следует в эвакуационное отделение госпиталя (ом. схему).



Схема

Раненные в череп, остающиеся в нейрохирургическом отделении, должны обязательно пройти рентгенографию. черепа в двух проекциях, без чего нельзя приступить к первичной хирургической обработке мозговой раны.

Как показано на схеме, рентгеновский кабинет должен находиться по пути следования раненого из диагностической перевязочной в нейрохирургическое отделение. Работу рентгеновского кабинета следует организовать так, чтобы из перевязочной раненный в череп поступал непосредственно на рентгенографию. В противном случае неизбежна лишняя переноска раненых, потеря времени и как следствие этого — задержка операции.

Нейрохирургическое отделение (НХО) ХППГ должно иметь самостоятельный операционно-перевязочный блок и достаточное количество палат, обеспечивающих строгую сортировку внутри отделения по тяжести ранения. Без соблюдения этих условий при массовой работе невозможно правильно организовать лечение, уход и эвакуацию раненых. .

Как видно из схемы, все раненые с повреждением костей черепа и мозга, поступающие из диагностической перевязочной, сначала обяза-

тельно попадают в предоперациоппые палаты (рядом с операциоппой).

Назначение этих палат: 1) не оставить без обслуживания ни одного раненого, нуждающегося в операции; 2) провести у черепных раненых необходимые дополнительные исследования, не сделанные по каким-либо. причинам в диагностической перевязочной, и, пользуясь рентгеновскими снимками, окончательно уточнить диагноз; 3) наметить для каждого раненого очередность хирургической обработки, в зависимости от тяжести повреждения; 4) предоставить раненому кратковременный оттых перед операцией.

Предоперационная палата является своего рода контрольным пунктом нейрохирургического отделения и вместе с тем пунктом, регулирующим работу операционной; ее не должен миновать ни один раненный в голову[x]. Естественно, что предоперационная палата — очень важное звено в работе отделения. Она должна обслуживаться опытным медицинским работником, который руководит поступлением раненых в операционную.

Какого бы труда это ни стойло, необходимо строго соблюдать основное правило: все вновь поступившие раненые, нуждающиеся в хирургической обработке, должны быть оперированы в течение одного дня. Иначе говоря, к началу следующих рабочих суток в предоперационной палате не должно оставаться раненых, поступивших вчера. Отдельных раненых, оперирование которых почему-либо откладывается, переводят в палату наблюдения.

Операционная НХО по интенсивности проводимой хирургической работы занимает в ХППГ первое место. Нагрузка нейрохирурга большая, особенно когда в госпитале работает одна группа ОРМУ. Однако хирург не должен находиться исключительно в операционной и превращаться в трепанатора. Нужно так организовать работу, чтобы операционная работала в дневные часы, чтобы хирург имел время на обходы раненых и мог контролировать перевязочную, чтобы он имел время на отдых.

Многократно проводившийся хронометраж работы в операционной убедил нас, что больше всего времени уходит не столько на операции, сколько на подготовку к ним и местное обезболивание. Практика показала, что хирург с двумя ассистентами может оперировать на двух и даже трех столах. Когда на одном столе начинается операция, хирургическая сестра»на другом столе обрабатывает операционное поле раненого и проводит местное обезболивание. Закончив операцию, хирург переходит на другой стол, а сестра начинает подготовлять третьего раненого и т. д. Такая система работы больше чем вдвое увеличивает производительность труда хипурга и позволяет ему без особого .напряжения за 8 часов сделать по.25 и более трепанаций черепа. При 2 хирургах и 3 ассистентах работать можно на 5 столах.

Операционная НХО должна поэтому иметь 3—5 столов и достаточное количество инструментов, особенно хороших кусачек Борхарда и Люэра, а также больших фрез, которые обычно быстро тупятся. Запись операций в журнал и в истории болезни, так же как и в диагностической перевязочной, должен делать под диктовку хирурга грамотный санитар.

Следует отметить еще одну существенную деталь, влияющую на продолжительность операции: хорошее фиксиров'ание раненных в череп к операционному столу (как в операционной, так и в перевязочной) и обязательное укрепление нижних и верхних конечностей. Немалая часть

[1] Раненные в мягкие покровы чеоена с явлениями КОММОЦИОННО-КОНТУЗИОННОГО синдрома, а .равно раненные в позвоночник поступают непосредственно в соответствующие палаты, минуя предоперационную.

раненых находится в возбужденном состоянии, и плохая фиксация **их** неизбежно удлиняет время хирургической обработки.

Палаты НХО. После хирургической обработки раненого направляют в соответствующую послеоперационную палату, в зависимости от степени повреждения черепа. Необходимо выделить отдельную палату для раненных в мягкие покровы головы, так как часть из них попадает **в** это отделение по ошибке работников диагностической перевязочной.

В палату для осложненных помещают раненых с явными признаками развивающейся внутричерепной инфекции (менингиты, менинго-энцефалиты, ранние абсцессы). В палате наблюдения сосредоточиваются легко раненые с коммоционно-контузионным синдромом. На схеме указан примерный расчет коек по отдельным палатам. Кроме указанных на схеме палат, выделяются еше 1—2 офицерские палаты.

Крайне желательно выделение в наступающей армии 3—4 ХППГ для лечения одних только раненных в голову. Эти госпитали надо освободить от приема других раненых, в частности, в грудную полость. Такое мероприятие значительно улучшает обслуживание раненых, устраняет неизбежное рассредоточение сил, упорядочивает работу рентгеновского кабинета.

Штатно-организационную структуру ХППГ для раненных в голову необходимо привести в соответствие с задачами, возложенными на эти госпитали. При этом прежде всего надо учитывать основную особенность нейрохирургического госпиталя: помимо оказания хирургической помощи, он обязан предоставить раненым послеоперационное лечение **и** уход в течение 2—3 недель. Это обстоятельство резко отличает ХППГ для раненных в голову от всех других армейских ХППГ, где сроки госпитализации определяются днями.

Кроме ведущего хирурга, знакомого с основами нейрохирургии, Б штат такого госпиталя следует включить невропатолога. Количество сестер надо увеличить, исходя из расчета: одна сестра на 20 тяжело раненых.

Желательно также предусмотреть небольшую походную лабораторию, выполняющую простейшие клинические анализы. Нейрохирургический набор надо расширить, в частности, включить в него побольше кусачек Борхарда, Люэра, фрезов и инструментария для ламинэктомии.

Необходимо увеличить и нормы снабжения ХППГ бельем.

Во время наступления армии специализированный госпиталь желательно располагать возможно ближе — в 15—25 км от передовой линии, в районе стыка эвакуационных путей. При увеличении этого расстояния до 75 км и более надо развертывать впереди госпиталь резерва. Как только этот резервный госпиталь начнет принимать раненых, первый госпиталь постепенно сворачивается и, передав раненых прибывшему фронтовому специализированному ХППГ, в свою очередь выдвигается вперед.

'Маневр госпиталями, обеспечивающий быструю доставку раненых в специализированные отделения, вполне осуществим. В подтверждение этого я могу сослаться на опыт медицинской службы 2-го Украинского фронта, в частности, П-ской гвардейской армии. Правда, это требует большой мобильности в своевременной передислокации специализированных госпиталей и групп ОРМУ. Достаточно указать, что во время наступательных боев в Чехословакии и Австрии весной 1945 г. нам с группой усиления ОРМУ пришлось в течение одного месяца 4 раза менять дислокацию, что обеспечило поступление к нам в отделение основной массы раненных в череп в первые сутки после ранения. Все раненные в череп были оперированы не позже вторых суток.

★

Майор мед. службы Л. М. БРИКМАН

О ТРАНСПОРТИРОВКЕ ЧЕРЕПНЫХ РАНЕНЫХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА РЕЧНОМ САНИТАРНО-ТРАНСПОРТНОМ СУДНЕ

При всех видах санитарной эвакуации тряска остается самым тяжелым, травмирующим фактором для раненого. Некоторые из раненых, например, с повреждением •черена, позвоночника, особенно чувствительны к тряске. Как следствие эвакуации у них часто развиваются различные осложнения.

Проппер, указывая, что менингит часто развивался при плохой транспортировке раненных в череп, требует эвакуации этих раненых такими видами транспорта, которые сводили бы к минимуму толчки и сотрясения. По Раздольскому, причиной поздних менингитов при огнестрельных ранениях черепа очень часто является также неподходящий транспорт. По мнению Шаргородского, такие осложнения, как поздние травматические апоплексии, абсцессы мозга и т. п., вызываются толчками л ушибами в голову во время транспортировки.

При посткоммоционных состояниях, часто сопровождающих ранения черепа и зависящих, по Сенпу, от вазомоторных нарушений в головном мозгу, под влиянием толчков и сотрясений часто появляются тошноты, повторные рвоты, повторные затемнения сознания, а иногда и меньероподобные приступы.

Шамов считает, что при этапном лечении раненных в череп консерватизму в терапии должен соответствовать самый щадящий транспорт при эвакуации.

Грубые толчки и сотрясения при плохой транспортировке ведут к резким колебаниям кровоснабжения и ликворного давления, особенно в головном мозгу.

Можно назвать три вида санитарного транспорта, более или менее устраняющих тряску: водный, воздушный и аэросанный.

Отсутствие тряски на санитарных судах общеизвестно. Сопутствующее дрожа-» пне (или вибрация) при учете поэтажного размещения раненых настолько незначительно, что существенной роли играть не может. Наш опыт по транспортировке на речном санитарно-транспортном судне свыше 100 раненных в череп подтверждает эго положение. Только у одного раненого ухудшились субъективные ощущения.

Возникает вопрос: как же лучше всего разместить на судне специализированные койки?

Шестов из каждых 100 коек на санитарном судне выделяет 50 хирургических, 30 терапевтических, 4 нервных и т. д. В группу хирургических больных Шестов, повидимому, включал и нейрохирургических. Если учесть, что ранения нервной системы (голова, спинной мозг, нервы) наблюдаются в 10°/о случаев, для этой группы на санитарном судне нужно выделять 9—10 из каждых 100 коек.

По последним данным, удельный вес больных составляет примерно 17—18®/* (Смирнов). Таким образом, нужно иметь не 50, а 70 и больше хирургических коек на каждые 100 мест. Соответственно возрастет количество коек и для нейрохирургических раненых.

При санитарной эвакуации водным транспортом следует всегда предусматривать больше специализированных коек и на каждые 100 мест иметь по крайней мере 4 койки для нервных и 8 для нейрохирургических больных.

Наши неврологические больные в основном страдали заболеваниями периферической нервной системы. ■

Среди раненных в череп почти ни у кого не было инфицированных ран мозга. .Ббльшую часть среди этих раненых составляли больные с посткоммоционными синдромами или с последствиями ушибов мозга. В течение 3—4 дней водной транспортировки мы не отмечали у них существенных сдвигов в динамике заболевания.

Под влиянием транспортировки на судне у некоторых больных появлялось головокружение при взгляде на воду. Это явление наблюдалось примерно у 8°/о .раненных в череп. Обычно такие больные сами старались не смотреть в окна. У некоторых из них боязнь воды постепенно проходила. Явления так называемой морской болезни наблюдались у О,3°/о раненых (из 4 000 человек), и проявления ее носили умеренный характер. Это своеобразная речная кинетоза, близкая к воздушной. Повидимому, в ряде случаев она происходит вследствие перевозбуждения вестибулярного аппарата.

При размещении раненных в череп на санитарно-транспортном судне необходимо учитывать различные факторы: движение судна, работу машинного отделения и т. п. Например, шум в обоих трюмах значительно сильнее, чем на верхних этажах; наиболее приближаются к госпитальной тишине верхние этажи кормовой части. В носовом трюме дополнительный шум вызывается скольжением воды по корпусу.

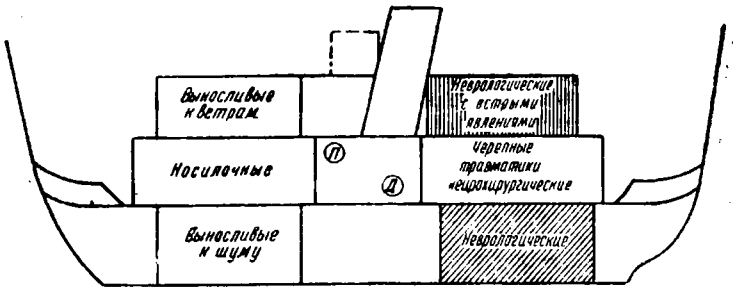
При оборудовании санитарно-транспортного судна необходимо принять все меры для ослабления и заглушения шума: покрывать полы линолеумом, прокладывать изоляционные слои, тщательно регулировать форсунки у котлов, систему зажигания у двигателей внутреннего сгорания и пр.

Длительная шумовая травма у некоторых раненых повышает эмоциональное напряжение, при котором резко обостряются болевые приступы.

При гиперкинезах с повышенной рефлекторной возбудимостью под влиянием шума усиливаются судороги. То же самое бывает при болевых синдромах с гипертоническими или' гиперкинетическими явлениями (обычно при поражениях конского хвоста спинного мозга). Общеизвестно провоцирование судорог при столбняке даже небольшим шумом.

В нижних этажах судна движение воздуха обычно слабее. Токи воздуха в трюмах вызываются колыханием воды и мало ощутимы. Ветры обычно бывают в верхних этажах. Это создает условия для развития у некоторых групп раненых так называемых железнодорожных параличей, миозитов и т. п. Бесспорно влияние на состояние больных холодных ветров и сквозняков в верхних этажах (встречные токи воздуха, система распределения окон, близкая к вагонной, и т. д.).

Чувствительностью к ветрам, как известно, отличаются больные невралгиями, артралгиями, миозитами, особенно в холодном периоде.



Однажды при обходе одного из трюмов мы обнаружили больного с острой невралгией тройничного нерва. Болевые атаки в этот день продолжались от 11 до 18 часов вечера. Выражение лица и общее беспокойство подтверждали мучительность. болевого синдрома. Шаги над потолком больной воспринимал, «словно стук молотком по голове».

Другой больцой с перенесенным гайморитом, фронтитом и тоже с невралгией тройничного нерва, но в холодном периоде, оказавшись на верхнем этаже, испытывал беспокойство из-за случайных сквозняков и ветров и жаловался на усиление насморка, на круги в глазах и другие неприятные ощущения вплоть до сильного головокружения.

Обмен местами этих больных оказался для них наиболее благоприятным.

В средних этажах судна шум менее силен, чем в нижних; кроме того, здесь меньше чувствуется влияние ветров и более облегчен уход за раненым (близость перевязочной и дезинфекционной).

В соответствии с нашим опытом по речной транспортировке неврологических и нейрохирургических больных мы нашли наиболее целесообразным сортировку и размещение больных по следующим отделам:

1. Верхний этаж с кормовой стороны—неврологические больные с острыми болевыми синдромами, каузалгиями, гиперкинезами, острыми и подострыми невралгиями, менингитами асептическими и инфекционными (в период обострения), командной истерией и т. п.

2. Нижний этаж с кормовой стороны (трюм) — больные с невралгиями в холодном периоде, артралгиями, миозитами, неврозами с торпидным течением и т. п.

3. Средний этаж с кормовой стороны — раненые в череп (нижние койки) и все тяжелые нейрохирургические раненые (с созданием для них госпитального режима — специализация персонала, полный покой и т. п.).

★

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Подполковник мед. службы В. Н. КОВАЛЕНКО

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОДР В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ

Опыт Великой отечественной войны показал, что обмывочно-дезинфекционная рота (ОДР) является одним из наиболее мощных и мобильных средств санитарной обработки больших масс людей в полевых условиях, особенно когда в силу оперативной обстановки для этого предоставляются очень короткие сроки.

В табл. 1 приведены данные, характеризующие удельный вес ОДР среди других средств санитарной обработки в различных условиях.

Таблица 1

Удельный вес ОДР среди других видов и средств санитарной обработки

2с с	Характер работы	Оперативная обстановка	Обработано средствами ОДР (в «/<,)	Примечание
1	Обработка нонолнений.....		46	
2	Обработка эпидемических очагов среди гражданского населения		47	
3	Обработка военнослужащих по эпидемиологическим показаниям		35	
4	Текущая санитарная обработка войск ..	Период оперативной паузы. Период активных боевых действий	16	
5	Санитарная обработка раненых . .	То же	С6	В госпитальной базе армии

Санитарная обработка прибывающих на фронт пополнений производилась главным образом в банно-дезинфекционных поездах. Однако эти поезда не всегда удавалось подавать на станции разгрузки (отсутствие свободных тупиков, невозможность заправки водой и пр.) или же пропускная способность поездов оказывалась слишком недостаточной.

В этих случаях для санитарной обработки пополнений приходилось развертывать дополнительные пункты, оснащенные санитарной техникой ОДР (автодушевая *и* две автодезкамеры). Эти пункты развертывались где-либо около станции разгрузки, вблизи от достаточно мощного источника водоснабжения. Если подходящих помещений найти не удавалось, пункт развертывался в палатке ДМП.

Для обработки гражданского населения в эпидемических очагах использовались отдельные подвижные установки ОДР. В крупных населенных пунктах с большим числом нуждавшихся в обработке ОДР развертывала обмывочно-дезинфекционные пункты (одна душевая и две дезкамеры).

Одновременно с этим в район очага выезжали работники СЭО, которые обычно и возглавляли всю нротивоэнидемическую работу.

Одномоментная санитарная обработка всех жителей данного населенного пункта значительно затруднялась большой миграцией населения. Поэтому обработку обычно проводили двукратно. Одновременно с этим технические работники ОДР обучали население строительству и эксплоатации простейших дезустановок с тем, чтобы санитарные уполномоченные и медицинские работники гражданских органов здравоохранения могли в дальнейшем проводить эти мероприятия самостоятельно.

Санитарная обработка войсковых частей по эпидемиологическим показаниям проводилась средствами ОДР в среднем в 35% всех случаев. Если рассматривать ОДР как организацию поотивоэпидемическую, рассчитанную на массовую обработку личного состава частей Красной Армии и гражданского населения в эпидемических очагах, этот процент нельзя считать вполне достаточным. Дело в том, что обычна требования на санитарную технику зимой в периоды эпидемического неблагополучия поступали сразу из многих войсковых частей. Удовлетворить эти заявки полностью не удавалось, так как войсковые части были разбросаны на значительном расстоянии. В то же время санитарная техника, направленная в какое-либо соединение (дивизию, бригаду), не всегда бывала полностью загружена, так как одновременно вывести на санитарную обработку большие группы бойцов не позволяла оперативная обстановка.

В таких случаях оправдывала себя посылка в отдельные войсковые части только одной автодезкамеры с водогрейной установкой типа БВУ ДИОФ-17 или аналогичной ей. Это позволяло получать до 200 л горячей воды в час и оставалось только найти какое-нибудь помещение, в котором люди могли мыться.

Опыт показал, что прикрепление агрегатов санитррной техники к отдельным войсковым частям не всегда целесообразно, так как части не всегда могли рационально использовать технику. Это особенно ярко обнаружилось в период подготовки к большим наступательным операциям, когда заявки на санитарную технику поступали сразу от большого числа войсковых соединений, сосредоточирающихся на сравнительно небольших участках фронта.

В этих условиях всю санитарную технику распределяли по отдельным оперативным направлениям. Обычно приходилось обеспечивать или два направления (правый и левый фланги), или три (центр и два фланга). В последнем случае вводились дополнительные резервы из средств усиления фронта. На каждом направлении вблизи от войсковых соединений, около достаточно мощных водоисточников, создавались постоянно действующие обмывочно-дезинфекционные пункты.

Каждый такой пункт состоял из одной автодушевой и двух автодезкамер и развертывался в палатке ДПМ или в каком-нибудь помещении. Командование и медицинские работники окружающих войсковых частей быстро устанавливали связь с начальником пункта, определяли время санитарной обработки по расписанию и направляли личный состав своих подразделений.

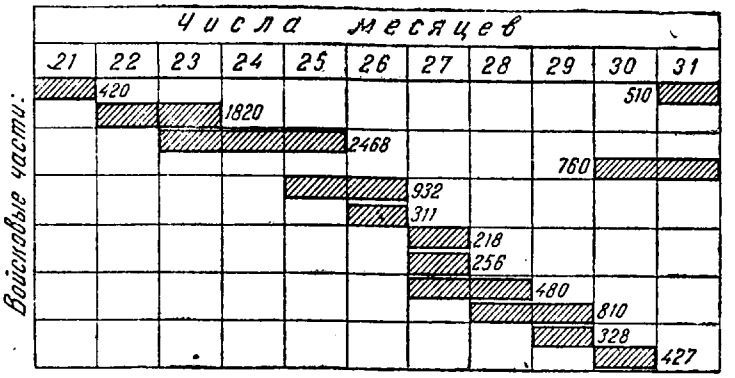
В табл. 2 приведены данные декадного учета работы подобного пункта в войсковом районе в период сосредоточения частей армии для прорыва укрепленной полосы противника.

Кроме пунктов, развернутых в войсковом районе, их организовали также и на армейских грунтовых дорогах, по которым в район боевых действий шли пополнения. В этих случаях пункты развертывались в тех местах, где предполагались остановки войсковых частей для отдыха.

Правильный выбор места для развертывания пункта обеспечивал загрузку его и удовлетворение всей потребности войсковых частей, двигавшихся по армейской грунтовой дороге.

В период активных боевых действий проводить регулярную санитарную обработку войсковых частей удавалось редко. Поэтому санитарную технику использовали для обработки потока раненых. Для этого сантехнику ОДР отправляли в передовые ХППГ и СЭГ.

Таблица 2



Общая схема развертывания пункта не изменялась, но опыт показал, что в этих случаях удобнее ставить две палатки ДПМ или одну ДПМ и одну ППМ. Во втором случае половину большой палатки отводили под раздевальную, половину — под моечную, а одевальная устраивалась в маленькой палатке. Палатки устанавливали на наружных каркасах, на которых они как бы висели. Это позволяло обходиться без внутренних мачт и облегчало переноску носилок с тяжело ранеными внутри палаток. В табл. 3 приведены средние сроки нахождения раненых в отделениях обмывочного пункта, в зависимости от тяжести ранения.

Таблица 3

Сроки пребывания раненых на пункте санитарной обработки

Контингент раненых	Время пребывания в минутах			
	раздевальная	моечная	одевальная	всего на пункте
Легко раненые.....	3-4	5-8	5-6	15
Тяжело	5-7	8-10	7-9	23

В те госпитали, в которых развернуть полный обмывочно-дезинфекционный пункт иногда было невозможно, направляли только автодезкамеры без душевых установок.

Первое время весь средний и капитальный ремонт специальной части техники проводился на местах летом силами выездных бригад дезинфекционно-инструкторского отряда фронта (ДПОФ). В дальнейшем обстановка заставила перейти на круглогодичный ремонт, используя периоды оперативных пауз.

В табл. 4 приведены данные о процентном соотношении различных видов ремонта, выполненного бригадами ДПОФ зимой 1943/44 г.

Таблица *4*

Соотношение различных видов ремонта сантехники (в процентах ко всему ремонту за этот период)

Период проведения ремонта	Вид ремонта		
	капитальный! средний		текущий
Период оперативной паузы	15	29	23
Период активных боевых действий.....	10	14	9
Всего ...	25	43	32

Выводы

1. Обмывочно-дезинфекционные роты, как это показал опыт Великой отечественной войны, явились мощными и мобильными нротивоэнидемическими учреждениями.

2. Наиболее полное использование санитарной техники ОДР возможно при организации отдельных обмывочных пунктов в войсковом районе и на армейской грунтовой дороге и при введении на вооружение рог таких средств банной обработки, которые можно возить на одной автодезкамере.

★

Ст. лейтенант мед. службы И. В. КИРИЕНКО

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕАКЦИИ ВЕЙЛЬ-ФЕЛИКСА У СЫПНОТИФОЗНЫХ БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ПРИВИТЫХ ВАКЦИНОЙ КРОНТОВСКОЙ

Реакция Вейль-Феликса относится к парамикробным реакциям, когда в качестве антигена берется не возбудитель заболевания, а микроб, который приобрел наведенные свойства возбудителя. Теперь, благодаря работам Сазйтед и 21а, РеПх, известно, что риккетсии Провачека имеют два антигена. Один — термостабильный — вызывает выработку соответствующих антител (агглютининов, преципитинов и комплементсвязывающих антител), появление которых очень важно для установления диагноза, но не оказывает прямого действия на повышение защитной реакции организма. Другой — термолабильный — антиген вызывает выработку антител, наиболее важных в фагоцитозе риккетсий и в иммунобиологической перестройке организма. Известно, что Рго1еиз X_{19} содержит соматический О-антиген, общий с термостабильным антигеном риккетсий, и флагеллярный Н-антиген. Сыворотки Н-формы поливалентны; они агглютинируют не только обе формы $X|_9$, но и сапрофитические протеи.

В действующей армии прививки против сыпного тифа стали широко проводиться с 1943 г. Наибольшее количество прививок проводилось в феврале—апреле 1944 г., в разгар вспышки. Последнее обстоятельство объясняет, почему заболеваемость среди привитых оказалась высокой. У них иммунитет не успевал вырабатываться до заболевания. Напряженный иммунитет у закончивших полный цикл прививок начинает появляться спустя две недели после последней инъекции. Напряженность

Таблица

Различные группы заболевших (по числу полученных инъекций вакцины)	Число больных	Тяжесть заболевания			Сыпь					Лихорадочный период								Осложнения
										критическое падение температуры				литическое падение температуры				
		Легкая	Средняя	Тяжелая	Розеолезная	Розеолезно-геморрагическая	Геморрагическая	Пятнистая	Отсутствовала	Продолжительность лихорадки	Максимальная температура	Сопутствующие явления	Отсутствовала	Продолжительность лихорадки	Максимальная температура	Сопутствующие явления	Отсутствовала	
Однократно привитые	10	—	00 СМ	СО	—	СО Б»	СМ —'	00 00	~ СЧ	СМ	СО 00		00				1	"
Двукратно привитые	17				—<							СО					7	
Троекратно привитые:																		
Заболевшие через 2 недели после прививок	26	Ю	ОО	00	тГ	00	СМ	Т—<	1	00	СО	СМ	00 •	00	тг	СО	10	+'•-<■ сА о
Заболевшие через 1—3 месяца после прививок	71	ОО	ОО	ю	см	О см	О	СО	«	Б* см	см см	СО		Ю .	00	СО	14	
Заболевшие через 4—6 месяцев после прививок	10	00	Б-		г-<	СО	СМ	ТГ	1	Ю	Г-1	—	00	—*	СМ	Г-1	4	
Заболевшие свыше 6 месяцев после прививок	2	—	—	см	—		1-1		1	1 —		—	1		—	сч	2	1

иммунитета достигает максимума через месяц. 'Мы наблюдали 136 больных, заболевших после нрививки. Среди них одну инъекцию получили 10 человек, две инъекции— 17 человек и три инъекции — 109 человек.

Полученный иммунитет, как уже говорилось, может наступить только через месяц после третьей инъекции.

Для подтверждения 'эффективности вакцины имеет значение не только снижение заболеваемости, но и течение заболевания у привитых. Об этом свидетельствуют и наши клинические данные (табл. 1).

На основании данных табл. 1 можно сказать, что не наблюдается разницы в клиническом течении заболевания у непривитых и вакцинированных однократно и двукратно. У вакцинированьях троекратно, но заболевших до истечения 2 недель после третьей инъекции, течение заболевания более легкое, а при тяжелых формах — бёз резких токсических проявлений. Тем не менее факт заболевания показывает, что у привитых троекратно и заболевших до истечения 2 недель после третьей инъекции не было достаточно напряженного иммунитета. При дальнейшем изучении реакции Вейль-Феликса у привитых мы исключаем группы однократно и двукратно привитых как неполноценные с иммунобиологической точки зрения.

Наших больных, в зависимости от начала заболевания после прививок, можно разделить на три группы: 1) заболевшие через 2 недели после третьей инъекции, 2) через 1—3 месяца, 3) через 4 месяца и позже.

Для полноты характеристики реакции Вейль-Феликса у привитых необходимо ознакомиться с этой реакцией у непривитых сыпнотифозных больных. Разработан материал на 1 480 человек. С этой группой непривитых больных сыпным тифом и будет проводиться сравнение в дальнейшем. Процентное отношение положительных и отрицательных реакций Вейль-Феликса выразилось в следующих цифрах (табл. 2).

Таблица 2

Распределение положительных и отрицательных реакций Вейль-Феликса

Группа и срок прививки	Всего	Положительных	Отрицательных
I группа—2 педели.....	26	23	3
II группа—1—3 месяца.....	71	59	12
III группа—4 месяца и больше	12	9	3

Процент положительных реакций у привитых достаточно высок.

Из работ Кронтовской с сотрудниками, Вайнберга, Гуламова, Равикович следует, что реакция Вейль-Феликса у заболевших, в прошлом привитых, появляется поздно — в периоде, близком к реконвалесценции. Это полностью подтверждают наши наблюдения (табл. 3).

Таблица 3

Срок появления реакции Вейль-Феликса

Группа и срок прививки	Появление реакции Вейль-Феликса		
	ДО 10-го дня	на 11—14-й день	на 15-й день и позже
I группа-2 недели.....	13	5	5
II группа —1—3 месяца.....	29	13	17
III группа—4 месяца и больше.....	2	4.	3

У привитых отмечено сокращение лихорадочного периода до 9—10 дней. 9—10-й день дает и максимальное количество положительных реакций. Наступления положительной реакции у привитых раньше 5—6-го дня мы не наблюдали. Наибольшее же количество положительных реакций у непривитых сыпнотифозных больных наблюдается на 11—14-й день заболевания, т. е. также накануне периода реконвалесценции.

Так же как у непривитых больных сыпным тифом, у вакцинированных заболевших реакция Вейль-Феликса получается в достаточно высоких разведениях, позволяющих расценивать ее как специфическую.

Интересны данные о качественной характеристике реакции. У непривитых сыпнотифозных реакция Вейль-Феликса характеризовалась достаточной четкостью, ясностью, крупнохлопчатым осадком, особенно при высоких титрах. При низких титрах хотя и наблюдалось неполное просветление жидкости, но хлопья чаще всего были крупными. Соотношение крупнохлопчатых {51,5%) и мелкохлопчатых {48,5%) реакций примерно одинаково. Часто наблюдались случаи уменьшения хлопьев с увеличением разведения. В группе больных, в прошлом привитых, отмечаем значительное преобладание мелкохлопчатых реакций, тогда как крупнохлопчатая была только в 35% случаев.

Связывая качество реакции со сроками заболевания после прививок, наблюдаем увеличение мелкохлопчатой агглютинации ч группах с полноценным поствакцинальным иммунитетом (табл. 4).

Таблица 4

Характер агглютинации

Группа и срок прививки	Крупнохлопчатая агглютинация	Мелкохлопчатая агглютинация
I группа—2 педели	12	11
II группа—1—3 месяца	19	• 40
III группа—4 месяца и больше	1	8

В группе привитых больных из 91 положительной реакции только в 5 случаях реакция была положительной в разведении 1 : 100. В остальных 86 случаях титры высоки и соответствуют диагностическим, а именно: в разведении 1 :200 25 реакций, в разведении 1 :400 22 реакции и в разведении 1 : 800 39 реакций.

По нашим данным, отметить какую-либо зависимость между титром реакции у привитых и тяжестью течения заболевания не удалось (табл. 5 и 6).

Мелкохлопчатый агглютинат как в больших {1 : ’8ОО), так и в малых (1 : 100; 1 :200) разведениях сопровождался полным просветлением жидкости, и реакция носила отчетливый характер.

Этот интересный факт позволяет высказать предположение, что встреча организма, привитого риккетсиями, с естественной инфекцией вызывает в подготовленном этим антигеном организме более усиленную выработку антител к общему для риккетсий Провачека и Рго1еиз X]$_9$ компоненту по антигенной структуре, а именно к термостабильному, который соответствует О-антигену.

Таблица 5

Агглютинация в связи с тяжестью заболевания у привитых

Стадия заболевания	Течение болезни	Результаты 1	Титр агглютинации			
			1:100	1:200	1:400	1:800
I	Легкое.....	5/0	1	2	—	2
	Среднее	15 3	—	3	3 .	9
	Тяжелое	3/0	—	1	1	1
	Всего. . .	23/3	1	6	4	12
11	Легкое.....	15/3	_	4	4	7
	Среднее .	39/9	1	13	10	15
	Тяжелое	5/0	—	1	2	2
	Всего. . .	59/12	1	18	16	24
III	Легкое.....	2/1	1	—	1	—
	Среднее.....	5/2	2	—	—	3
	Тяжелое.....	2/0	—	1	1	—
	Всего. . .	9/3	3	1	2	3

Таблица 6

Течение заболевания у привитых	1:100	1:200	1:400	1:800
Легкое.....	2	6	5	9
Среднее	3	16	13	27
Тяжелое.....	0	3	4	3

Поскольку таким компонентом считается соматический О-антиген, остается нредноложить, что у привитых имеется более мощная мобилизация специфических иммунных тел, чем у непривитых.

Выводы

1. Реакция Вейль-Феликса у заболевших, в прошлом привитых (в высоких титрах), появляется в сроки, близкие к периоду реконвалесценции, так же как у непривитых заболевших.

2. Почти одинаковое количество (83,5 и 92,4°/о) положительных реакций в обеих группах заболевших (привитых и непривитых) указывает на то, что реакция Вейль-Феликса не утратила у привитых своей диагностической ценности.

1 Числитель положительные результаты, знаменатель—отрицательные.

Подполковник мед. службы кандидат мед. наук Л. Г. КАРАВАНОВ

РЕДКИЕ ПО МЕХАНИЗМУ СЛУЧАИ ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНОЧНИКА У СТРЕЛКОВ-РАДИСТОВ

В отечественной и доступной нам иностранной литературе указания на возможность получения перелома позвоночника в воздухе мы встречаем только у Ьохуе из клиники Мэйо. Автор отмечает, что у летчиков пикирующих бомбардировщиков наблюдались повреждения межпозвоночных дисков в области IV и V поясничного позвонка. Разрыв диска происходил во время перегрузки, наступавшей при выходе самолета из пике. Для профилактики этого повреждения Ьочуе предлагает специальный пояс.

КйЬЬашп описал случай вывиха I поясничного позвонка у летчика во время прыжка с парашютом. Вывих, по мнению автора; произошел в воздухе.

В 1943 г. мы Наблюдали 2 случая перелома позвоночника в воздухе при прыжке с парашютом. Прыжок с парашютом производился с пикировавших самолетов методом срыва. Прыжок обычным способом в это время был невозможен: самолеты летели к земле с огромной скоростью, и раскрытие парашюта совпало бы с падением летчика на землю.

Опишем несколько случаев перелома позвоночного столба и ушибов позвоночника у стрелков-радистов, полученных ими в воздухе при пикировании самолетов.

С., 28 лет. Летал на самолете ИЛ-2. Поступил в эвакогоспиталь 2.VI. 1944 г. При выполнении боевого задания во время выхода самолета из пике оборвались ремни сиденья, и он упал на ягодицы на пол самолета. Сознания не терял. Вышел из самолета сам, но почувствовал резкие боли в поясничной области и слабость в ногах. Тазовых расстройств не было.

При объективном исследовании у больного обнаружена небольшая припухлость в области остистых отростков. При постукивании больной отмечает боли в том же месте. Движения туловищем вызывают значительные боли в поясничной области; особенно при сгибании. Со стороны нервной системы уклонений от нормы нет.

На рентгенограмме отрыв фрагмента тела Ц. Незначительно сглажена щель между Ь[и Ьр. Диагноз: оскольчатый перелом Ц.

Больной был выписан из госпиталя и направлен в дом отдыха. Дальнейшая судьба его не известна.

В., 24 лет. Летал на самолете ИЛ-2. Поступил в эвакогоспиталь 22.VIII.1944 г. Во время выхода самолета из пике при выполнении боевого задания оборвались ремнн сиденья, и больной сел на ягодицы. Из самолета вышел сам, но ощущал боли в поясничной области. Тазовых расстройств не было.

Пальпация остистых отростков $П_{X11}$ и I., вызывает боли. Движения в позвоночнике резко ограничены. Нагрузка на позвоночник вызывает боли в тех же позвонках.

На рентгенограмме тело XII грудного позвонка в виде усеченного конуса. Диагноз: компрессионный перелом XII грудного позвонка. Судьба этого больного также не известна.

В трех случаях, подобных описанным, у стрелков-радистов во время выхода самолетов ИЛ-2 из пике обрывались ремни сидений. При падении на ягодицы они получали ушибы крестца, крестцово-поясничной области и области поясницы. Эти стрелки потеряли трудоспособность на сроки до 30 дней. Все трое возвратились на летную работу.

З., 31 года. Летал на самолете ПЕ-2. Поступил в эвакогоспиталь в день происшествия— 17.УШ.1944 г. При выполнении боевого задания, когда после сбрасывания бомб самолет выходил из пикирования, больной почувствовал сильный «удар» в поясничную область. «Сразу же обе ноги отнялись, и по ним разлилось что-то теплое». Кроме паралича нижних' конечностей, больной отмечал нарушение функции тазовых органов—расстройство мочеиспускания и задержку стула.

Со стороны внутренних органов уклонений от нормы не обнаружено. Положение больного вынужденное —■ на спине. Поворачиваться может только с помощью посторонних. Активные движения в нижних конечностях отсутствуют, за исключением незначительных движений в левой стопе. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических рефлексов получить не удается. Болевая чувствительность

понижена от $Д_п$ книзу. Остистые отростки не выступают. При пальпации отмечает боли в $к_{)у1}$. На рентгенограмме компрессионный перелом Цу.

Через 3 дня появились движения в правой стопе, которые постепенно нарастали в обеих конечностях. Самостоятельный стул появился на 20-й день. Врачебно-летной комиссией после выписки из госпиталя признан негодным к летной и военной службе.

Скорость современного самолета немногим уступает скорости звука. При прямолинейном и равномерном движении самолета летчик и его экипаж не испытывают никакого влияния скорости на функции органов. При внезапном изменении режима полета на большой скорости вес самолета и всего находящегося в нем сразу же увеличивается в несколько раз. Это явление называется перегрузкой. Во время перегрузки элементы самолета подвергаются различным деформациям, которые после прекращения перегрузки возвращаются к норме. Если перегрузка превышает запас прочности самолета, он начинает разрушаться. Не все части самолета испытывают перегрузку одинаково: чем дальше от центра самолета, тем перегрузка будет большей.

В равной степени эти явления могут быть перенесены и на человека. При длительной перегрузке могут наступить необратимые явления в организме летчика. В многоместном самолете летчик испытывает наименьшую нагрузку в сравнения с другими членами экипажа. Нагрузка же воздушного стрелка, сидящего ближе к хвосту самолета, больше и по времени, и по силе. При пикировании экипаж испытывает нагрузку дважды: первый раз, когда самолет из прямолинейного полета переходит в пике, причем эта перегрузка не превышает двукратной; второй раз при выходе из пике, когда перегрузка более сильна и чаще всего приводит к патологическим изменениям в организме летчика. Воздействие ускорений на человека зависит от фактора времени, скорости самолета и положения тела летчика в самолете. Чем дольше длится ускорение, тем более стойкие изменения могут наступить в тканях человека. Наибольшую перегрузку испытывает человек, если он при пикировании самолета стоит, и наименьшую — если он лежит.

Описанные нами случаи травм, хотя и полученные на различных типах самолетов, по механизму перелома до некоторой степени идентичны. В первом, втором и трех следующих случаях ремни сидений порвались в момент выхода самолета из пике, вследствие создавшейся перегрузки. Стрелков с большой силой сбросило на пол самолета. Падение на ягодицы в момент перегрузки, хотя и нерезко выраженной на этом типе самолета, и явилось причиной оскольчатого перелома I поясничного позвонка у первого и компрессионного перелома XII грудного позвонка у второго стрелка. Остальные три получили ушибы и временно выбыли из строя.

У последнего больного при выводе самолета из пике огромная сила ускорения (доходящая до 6 % *) превысила сопоотивляе.мость и эластичность кости и вызвала -сдавление тела IV поясничного позвонка.

Во всех случаях из числа причин нельзя исключить и неправильное положение стрелков в момент пикирования самолетов. Пикирование происходило в боевой обстановке и стрелки для лучшего обзора воздуха могли стоять. При этих условиях значительно легче получить повреждение. Под действием огромной силы ускорения человек падает на пол самолета, и его позвоночный столб испытывает при этом двойной удар: перегрузка плюс падение на ягодицы. К сожалению, эта деталь в истории болезни не отображена.

Несомненно, для суждения о характере и тяжести перелома имел значение и тип самолета. На самолете типа ПЕ-2 в том случае, если стрелок в нем сидит, нужно ожидать более тяжелых повреждений, чем на самолете типа ИЛ-2. При выходе самолета из пикирования в первом случае нагрузка будет равна примерно 480—540 кг, тогда как во втором случае (самолет. ИЛ-2) — 300—340 кг.

У стрелка с самолета ПЕ-2 были явления пареза нижних конечностей, которые вскоре прошли. Хотя повреждения нервной системы в известной мере характеризуют тяжесть повреждения скелета, однако морфологические изменения в позвонке в данном случае были более резко выражены, чем у стрелков с самолета ИЛ-2. IV поясничный позвонок у стрелка в самолете ПЕ-2 был значительно деформирован за счет компрессии тела позвонка.

По исследованиям Мезьегег. РеЛег перелом позвоночника в поясничном отделе наступает при перегрузке в 400—425 кг, по Мака1181:ег же для этого нужно всего 125 кт. Авторы допускают, .что при выходе самолета из пикирования перелом позвоночника может произойти в любом его отделе, тем более что для перелома в грудной и шейной части позвоночника нужны вдвое в втрое меньшие нагрузки.

Тем не менее переломы позвоночника являются исключением. Даже при небывалом размахе воздушных боев и испытываемых экипажами больших перегрузках травмы описанного характера бывают чрезвычайно редко.

Делать какие-либо выводы пока, конечно, нельзя. Однако необходимо соответственно инструктировать экипаж самолетов и накапливать материал для разработки профилактических мер.

★

[1] & — нормальный вес человека.

Подполковник мед. службы Н. СМИРНОВ

О МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНОГО КАВАЛЕРИЙСКОГО МАРША В БЕЗВОДНОМ СТЕПНОМ РАЙОНЕ

В июне—июле 1945 г. нашей кавалерийской дивизии предстояло пройти по безводному степному району свыше 1 000 км.

Эпидемиологическое состояние кавалерийской дивизии к началу марша было устойчивое. В соединении не было ни одного случая заболевания дизентерией или какой-либо другой острозаразной инфекцией. В окружающих населенных пунктах инфекционных заболеваний также не наблюдалось.

За несколько дней до выступления закончилась весенняя прививочная кампания против брюшного тифа', паратифов, столбняка, холеры и дизентерии.

Врачи и фельдшеры подразделений несколько дней проводили беседы с бойцами. Темы бесед были подобраны с учетом времени года и поставленной задачи. План занятий предусматривал темы по профилактике желудочно-кишечных заболеваний на марше, по предупреждению солнечного удара, о питьевом режиме на марше и др.

Для изучения санитарно-эпидемиологического состояния районов ночлега и дневок по маршруту вместе с общевойсковой разведкой в санитарно-эпидемиологическую разведку выехал командир санитарно-эпидемиологического отделейия медико-санитарного эскадрона (МСЭ). Он имел сумку санитарного разведчика.

Был разведан весь маршрут (1 028 км — 22 перехода) от Урулюнгуя до района Дариганга-Сомон (см. схему — рис. 1). В результате установлено, что на протяжении 600 км пути территория МНР изрыта грызунами (полевые мыши, тарбаганы, тушканчики и др.). Павших грызунов не обнаружено. Норы грызунов беспокоили ветеринарных работников, опасавшихся увеличения травматизма у лошадей.

Самым трудным делом оказалось водоснабжение. От Урулюнгуя через ст. Харанор, озеро Ангертыйн-Нур, озеро Дуро-Нур, 32 км западнее Чойбалсана, Хамарин-Худук, Хатобчйн-Хид до района Дариганга-Сомон были две речушки и река Керулен.

На пути попадалось много озер, но все соленые; некоторые из них пересохли. Некоторых отмеченных на карте колодцев на местности не обнаружено: они давно высохли и заросли; часть колодцев оказалась с. очень малым дебитом воды.

Небольшие запасы воды в некоторых источниках имели зловонный запах. Вблизи валялись трупы животных. На сотни километров по маршруту иногда не попадалось ни одной юрты.

Для обеспечения частей дивизии водой саперные подразделения вырыли 89 колодцев. В воде как старых, так и новых колодцев простейшими исследованиями установлено присутствие аммиака и азотистой кислоты. Органолептические пробы указывали на необходимость обеззараживания воды. Только ключевая вода оказалась вполне доброкачественной, но таких источников на протяжении всего маршрута встретилось очень мало.

Питьевую воду хлорировали непосредственно у колодцев или в колодцах после соответствующего подсчета дебита воды. Бойцы широко пользовались водой из встречавшихся луж, обеззараживая ее хлорными таблетками. Даже лошади временами пили хлорированную воду.

Недостаток воды особенно сказывался во время водопоя коней. Дежурный офицер и кавалеристы с конями простаивали у колодцев часами. У водопоя неоднократно отмечались случаи употребления нехлорированной воды.

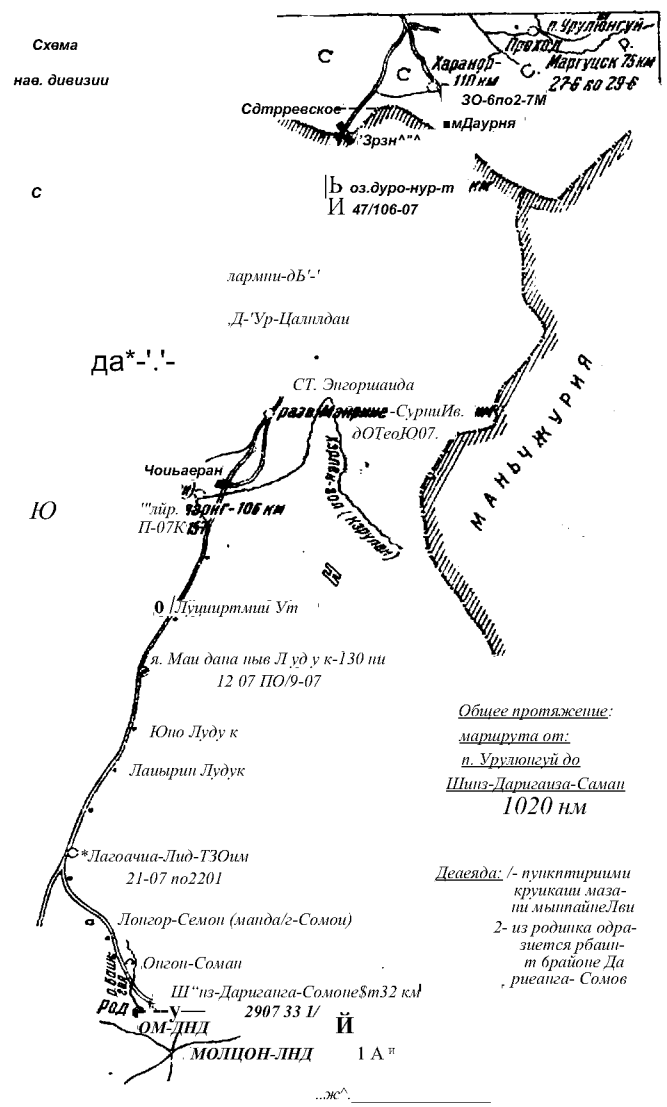


Рис. 1

Колодцы охраняли вооруженные бойцы, заранее высылаемые из частей вместе с квартирьерами и младшими медицинскими работниками. Производилась также заготовка воды в мешки Иолшина.

На последние 800 км пути населенные пункты оказались неблагополучными по венерическим заболеваниям (гонорея, сифилис) и по туберкулезу. Это обязывало располагать части вне населенных пунктов.

Санитарная служба дивизии была в курсе эпидемиологического состояния района по маршруту. На всем протяжении марша мы поддер-

живали непосредственное общение с личным составом, посещали подразделения, кухни и пункты медицинской помощи. Это давало возможность через командиров частей осуществлять широкие профилактические мероприятия и оказывать помощь старшим врачам в вопросах лечебно-эвакуационного обслуживания.

'Марш продолжался месяц. За это время в некоторых подразделениях дивизии наблюдались единичные заболевания дизентерией и острыми желудочно-кишечными заболеваниями '(рис. 2).

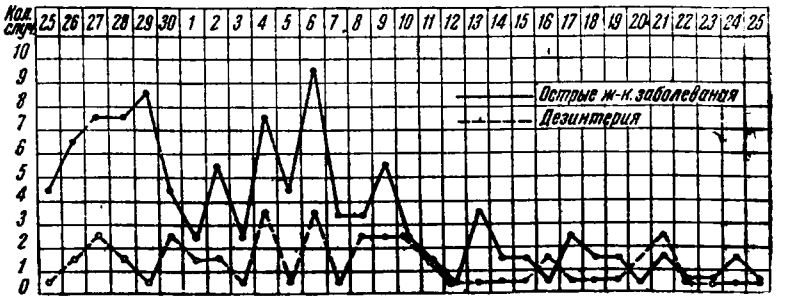


Рис. 2

Врачи не имели основания думать, что эти заболевания происходят -от бациллоносителей. Ранней весной в дивизии провели бактериологическое обследование переболевших дизентерией и людей с неустойчивым -стулом, причем бациллоносителей не было выявлено.

Причинами возникших заболеваний явились: а) несоблюдение водно-питьевого режима на марше, б) употребление воды из необследованных источников, в) недостаточное соблюдение личной гигиены, неполное обеззараживание воды и особенно употребление ее из водопоев конского состава и г) вевтянутость бойцов и некоторых офицеров в длительный марш при наличии сильной инсоляции.

Характер заболеваний, возникших на марше, и полученное лечение в 'МСЭ видны из следующих данных (табл. 1).

' Таблица 1

Наименование заболеваний	Получили лечение в МСЭ (в %)
Дизентерия	19,67
Острые желудочно-кишечные заболевания	14,00
Малярия	27,00
Травмы	7,38
Простудные *	8,20
Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки	9,83
Прочие	13,92

Основная масса нуждавшихся в стационарном лечении (примерно $^2/_3$) пользовалась им в МСЭ. В среднем в течение каждого дня марша МСЭ возил за собой 15 больных (рис.. 3). Средний срок лечения равнялся 4 дням.

С задачей как можно меньше эвакуировать больных в госпитали и как можно дольше лечить их у себя в МСЭ/медицинские работники справились хорошо.

Для лечения дизентерии в стационаре подвижного МСЭ применяли сульфидин от 6 до 9 г на курс. Результат получался прекрасный.

Больных тяжелыми формами дизентерии, а также хроников отправляли на стационарное лечение в госпитали. Врачами не зарегистрировано ни одного случая повторного поступления больных с дизентерией и малярией. Одним из важных факторов лечения являлась норма питания № 10. В ряде случаев по требованию лечащих врачей проводилось, диэтнцтание стационарных больных.

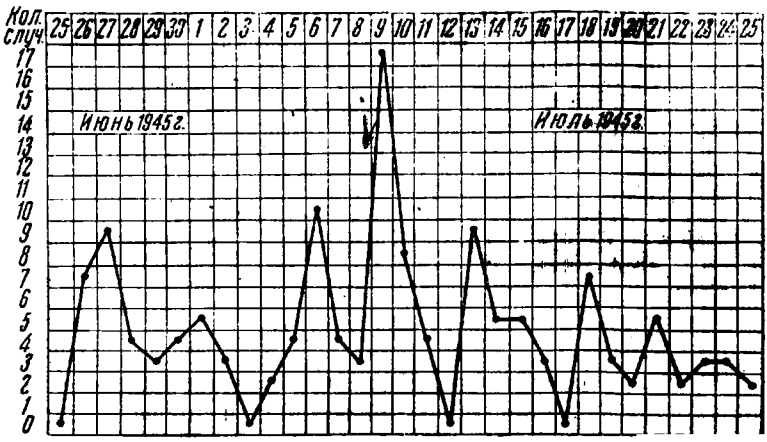


Рис. 3

Вторая половина марша (540 км) по безводному степному району была исключительно тяжелой для эвакуации. Мы не имели достаточных эвакуационных средств, а госпиталь находился на расстоянии 500 км. Но нас выручало то обстоятельство, что в течение всего марша больных было мало.

За время марша мы эвакуировали третью часть больных, поступивших на стационарное лечение в МСЭ. Это составляет 1% общего числа бойцов и офицеров дивизии, участвовавших в операции. К моменту сосредоточения дивизии в Дариганга-Сомон 0,2% этих больных вернулись в строй. При назначении на эвакуацию учитывалось состояние больного, необходимость длительного лечения и возможность использования в строю после лечения.

Характер заболеваний и ход эвакуации ясны из данных табл. 2.

Таблица 2

Наименование заболеваний	Эвакуировано в госпитали (в %)
Острая дизентерия	21.1
Острые желудочно-кишечные заболевания	3,84
Малярия рецидивирующая	9,61
Воспаление легких	7,7
Мокнущие экземы и обширные флегмоны	13,2
Травмы (переломы)	9,7
Прочие	34,85

Небольшое количество больных за время такого трудного марша свидетельствует о санитарном благополучии соединения.

Перед маршем (в последних числах мая) и после марша (ЗО.УИ) мы провели осмотры физического состояния личного состава, результаты которых приведены в табл. 3. ’

Таблица 3

Дата осмотра	Динамика веса по сравнению . с январем 1945 г.			Из числа убывших в весе но сравнению с предыдущим взвешиванием		
	нрибыло в весе	убыло в весе	без изменений	прибыло в весе	убыло в весе	без изменений
	(в »/»)			(в “/<)		
30. V.1945 г. . . .	38,8	46,05	15,15	16,6	25,4	4,4
30. VI-1945 г. . .	45,05	30,01	24,9	11,8	17,3	4,2
17.XI.1945.г. . .	85,3	10,9	2,8	6,7	4,8	1,18

Из таблицы видно, что личный состав после 1 028 км марша выглядел лучше, чем до марша. На одном 30-километровом переходе я провел контрольный медицинский осмотр и взвешивание бойцов и офицеров кавалерийского полка. У большинства из них вес снизился от 100 г до 2 кг. Мы считали это закономерным явлением, так как личный состав был еще не достаточно втянут в длительный марш, не имел закалки; кроме Того, в первое время марша часто нарушался распорядок дня, люди недостаточно отдыхали, так как подчас простаивали за ведром воды для коня по нескольку часов подряд.

Прибыль в весе к концу марша объясняется рядом обстоятельств. Вторая половина марша проходила при более умеренной погоде, а это меньше изматывало личный состав, повышало аппетит и уменьшало прием воды. Личный состав втянулся в верховую езду. Энергетические траты кавалериста на марше меньше, чем пехотинца. Кроме того, марши редко превышали 45—50 км в день.

После выполнения боевой задачи и завершения перехода в 3 519 км (в ноябре 1945 г.) 86,3% бойцов и офицеров прибыли в весе (по сравнению с январем 1945 г.). Здесь сыграла роль дополнительная выдача мяса и более точное соблюдение распорядка дня. Качество же питания все время оставалось одинаковым.

★

Майор мед. службы Н. С. ЖЕЛЕЗНЯКОВА

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОКИСЛЯЕМОСТИ ВОДЫ В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ[1]

Во время войны уделялось особое внимание контролю за качеством питьевой воды. Контроль осуществлялся санитарной службой войсковых частей, ротами полевого водоснабжения, СЭО армий и СЭЛ фронта.

Как показали результаты многочисленных лабораторных исследований, вода колодцев первого горизонта всегда имела довольно низкий титр кишечной палочки. Использовать такую воду для питья разрешали только Ъосле обеззараживания ее кипячением или хлорированием.

Это обстоятельство создавало у некоторых эпидемиологов мнение о бесполезности исследования воды в полевых условиях.

Однако опыт показал, что единственным критерием для оценки качества воды является характеристика водоисточника по его местоположению, санитарно-техническому состоянию, органолептическим и санитарно-химическим показателям. Особенно

[1] Из практики гигиенического обеспечения войск СКФ.

важно это во время наступательных операций, когда бактериологическое исследование исключается.

Отсутствие в исследуемой воде азотистых веществ и низкая окисляемость дают при прочих равных условиях достаточно оснований не искать другого водоисточника.

Количественные показатели загрязнения воды ориентируют врача и в отношении величины необходимой дозы активного хлора для обеззараживания воды.

В полевых условиях при исследовании воды руководствовались указаниями инструкции к набору ДСН и к Большому набору для исследования воды. Исследования воды в СЭО армий и СЭЛ фронта производились по стандартной методике.

Методика определения аммиака и азотистого ангидрида в указанных инструкциях совпадает по технике со стандартной. Техника же определения окисляемостн не идентична стандартной, что видно из табл. 1. '

Таблица 1

Техника исследования	Количество взятой для исследования воды (в мл)	Титр растворов	Количество $KMaO_4$, взятого для окисления (в мл) ж	Время кипячения (в минутах)
Стандартная	100	БI/0,01	10	10
По инструкции к ДСН	50	М/0,025	4	10
По инструкции к Большому набору для исследования воды . . .	100	П,0,01	10	5

Сокращение времени кипячения до пяти минут существенных преимуществ не дает, но если в воде имеются трудно окисляемые органические вещества, получаются пониженные показатели окисляемостн.

Техника определения окисляемостн по инструкции к набору ДСН имеет следующие преимущества.

Уменьшение объема воды до 50 мл сокращает время, необходимое для нагрева ее до кипения, дает возможность пользоваться химической посудой меньшей емкости и уменьшает необходимый для анализа объем пробы.

Бблшая концентрация растворов щавелевой кислоты и перманганата калия 0,025 И вместо 0,01 БI гарантирует лучшую сохранность $KMnO_4$ и обусловливает меньшее их расходование.

Введение перманганата калия в нагретую до кипения воду ограничивает его воздействие только 10 минутами, что существенно для проведения исследований в идентичных условиях.

Нежелательным является увеличение вдвое по сравнению с принятой стандартной методикой количества перманганата калия, добавляемого для окисления воды (10 мл 0,01 БI КМпОч, или 3,16 мг КМпО« на 100 мл исследуемой воды; 4 мл 0,025 БI КМпО<, или 3,16 мг КМпО< на 50 мл воды).

В присутствии органических веществ при большом избытке перманганата калия образуется перекись марганца, которая является хорошим катализатором, способствующим саморазложению $KMnO_4$. Саморазложение перманганата калия повышает показатель окисляемостн.

Техника определения окисляемостн по инструкции к ДСН удобнее стандартной, но все же она еще громоздка для .работы в полевых условиях, особенно при низкой температуре окружающей--среды.

Чтобы упростить технику определения окисляемостн, мы после надлежащей лабораторной проверки предложили лабораториям рот полевого водоснабжения пользоваться повой методикой исследования.

В колбочку емкостью 50 мл взять 25 мл исследуемой воды, подкислить ее 1 мл серной кислоты разведения 1 : 4 и нагреть до кипения. Прибавить 1 мл перманганата калия 0,025 Н градуированной пипеткой с делениями в 0,01 мл. Кипятить 10 минут. После кипячения прибавить 1 мл щавелевой кислоты 0,025 М. Обесцвеченный раствор титровать из пипетки перманганатом калия до появления слаборозового окрашивания.

Для определения титра перманганата калня вновь прибавить в ту же колбу 1 мл щавелевой кислоты и оттитровать ее перманганатом калия до появления слаборозовой окраски.

Расчет окисляемостн вести по формуле:

$$\frac{(Д - В)\text{-}8}{\text{----- -д-------}} \text{ мг/л } O_2.$$

где *А* — общее количество перманганата калия, взятое для окисления органических веществ воды (1 мл) и использованного на титрование избытка щавелевой кислоты;

В — количество перманганата, израсходованное на окисление 1 мл щавелевой кислоты.

Пример. На окисление органических веществ 25 мл воды и 1 мл щавелевой кислоты пошло 1,56 мл перманганата калия. Титр перманганата калия—1,10 мл. При этих условиях окисляемость воды равна:

$$\frac{(1.56—1,1)\text{-}8}{\text{--------}}\text{------, или 3,3 мг/л кислорода.}$$

В нашей технике исследования отношение количества реактивов к объему исследуемой воды соответствует стандартному.

В отличие от стандартной методики перманганат калия вливают в воду, доведенную до кипения, а не перед нагревом ее.

В табл. 2 приводим сравнительные данные определения окисляемости указанным* выше способами. '

Таблица 2

№ пробы	Окисляемость в мг/л кислорода			
	стандартный метод	метод по инструкции к набору ДСН	метод по инструкции к Большому набору для исследования воды	метод, примененный на СКФ[1]
1	3,3	'4,0	2,5	3,1
2	8,4	и,о	8,0	8,9'
3	1,6	2,4	1,3	2,0
4	**6,1**	6,4	4,5	5,0
5	4.2	4,8	3,4	4,6
6	1.4	1,7	1,1	1.6
7	**3.0**	3,7	2,6	3,2
8	4,0	4,5	3,3	**4,2**
9	7,6	9,0	5,5	7,9
10	8,1	9,6	6,2	8,5
11	3,4	4,4	—	3,5
12	9,3	10,8	—	9,1

Метод, предложенный в инструкции к Большому набору для исследования воды,, дает пониженные показатели окисляемости по сравнению со стандартным. Отклонения довольно различны по абсолютной величине (от 3 мг/л до 2,1 мг/л кислорода).

При работе по инструкции к ДСН, вследствие частичного саморазложения перманганата калия, получаются повышенные показатели окисляемости воды.

Результаты определения окисляемости в малом объеме воды (25 мл) при соблюдении стандартных соотношений количеств добавляемых реактивов к объему взятой для исследования воды по величине мало отличаются от показателей окисляемости, полученных стандартным методом. Отклонение составляло 0,1—0,4 мг/л кислорода *и* только в одном случае было равно 0,5 мг/л.

Выводы

1. Предложенный нами метод определения окисляемости, очень близкий по точности к стандартному методу, может быть рекомендован для исследования воды в полевых условиях.

2. Преимущества этого метода: а) малый объем исследуемой воды (25 мл); б) весьма малые объемы расходуемых реактивов — перманганата калия, щавелевой и серной кислоты (1 мл); в) сокращение времени, Необходимого для исследования; г) уменьшение объема и веса полевого набора для исследования воды.

★

Ст. лейтенант мед. службы Г. К. СЕРГЕЕВ

ПОМЕРАНЦЕВЫЕ ПЛОДЫ КАК ИСТОЧНИК ВИТАМИНА С

Плоды померанцевых деревьев, растений рода! Сйгив Уи1?алв из семейства- Аиган-Насеае, содержат значительное количество аскорбиновой ктклоты. Так, наприме́р, сок кислого лимона содержит 92 мг% аскорбиновой кислоты, сок апельсина — 67,7 мг%, померанцев—48,5 мг⁰/», сладкого лимона—48,4 мг%, грейпфрута—35,3 мг%.

В среднем в целом плоде померанцев содержится 8,44 мг°/о аскорбиновой кислоты. Чем крупнее плод, тем больше содержание аскорбиновой кислоты в его соке (табл. 1).

Таблица 1

Вес плода в г	Размер плода	Аскорбиновая кислота в мг%
44	Мелкие.....	37,0
84	Средние.....	**40,4**
94	Выше средних . . .	53,0
140	Крупные	54,5

(Исследование сока померанцев с одного дерева от 9.1У.1945 г.)

Плоды померанцев можно хранить 1—Р/г месяца. При этом они сохраняют 75% своей витаминности.

Однако использование целых плодов не всегда удобно. Более рентабельно использование сока. По нашим данным, для получения 1 л сока необходимо 45—50 зрелых плодов. В получаемом соке в среднем содержится 5,2% лимонной и около 45 мг% аскорбиновой кислоты.

Влияние консервации померанцевого сока нагреванием на содержание аскорбиновой кислоты показано в табл. 2.

Таблица 2

	Температура или давление пара	Продолжительность нагревания в минутах	Сохраняемость витамина в %
Пастеризация	100°	30	69,6
Стерилизация	0,5 атм	15	69,6
....	1,5 .	30	52,9

Как видно из табл. 2, при нагревании теряется значительное количество витамина. При хранении консервированного сока потери увеличиваются. При обычном хранении в течение месяца сырого сока теряется 49,2°/» аскорбиновой кислоты, в пастеризованном соке — 88,4%, в стерилизованном сокр — 92,9%. Результаты опытов хранения сырого сока в различных условиях показаны в табл. 3.

Таблица 3

Условия хранения	Тара	Число дней хранения							Сохраняемость витаминности при трехмесячном хранении в %
		1	5	10	15	30	60	90	
		аскорбиновая кислота в мг%							
Хранение с доступом воздуха и света	Стеклянная бутыль	44,8	16,7	4,4	2,6	0	—	—	0
Хранение с доступом воздуха в темноте	Деревянная бочка	44,8	18,4	4,4	2,6	0	—	—	0
Хранение без доступа воздуха на свету	Стеклянная бутыль, залитая маслом	44,8[1]	44,0	44,0	44,0	36,9	34,8*	32,3	72,0
Хранение без доступа воздуха в темноте	Деревянная бочка, залитая маслом	44,8[1]	44,7	44,6	44,5	44,0	42,5	41,8	93,3

Таким образом, при трехмесячном хранении померанцевого сока в темноте в деревянной бочке, залитой маслом, сохраняется 93,3% аскорбиновой кислоты.

Для заливки бочки расходуется 1—1,5 кг растительного масла. Использовать [1] померанцевый сок рекомендуется в виде приправы к борщам, к компоту и чаю <50—100 см' на человека в сутки).

★

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Капитан адм. службы К. С. ТРОФИМЕНКО

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА НА ПЕРЕДОВЫХ ЭТАПАХ САНИТАРНОЙ ЭВАКУАЦИИ

Лечебная физкультура в комплексе с другими лечебными мероприятиями — один из эффективнейших методов лечения травм опорно-двигательного аппарата. Систематическое применение физических упражнений улучшает функции, развивает и закрепляет моторные навыки и морально-волевые качества.

Для получения терапевтического эффекта применение лечебной физкультур» должно начинаться с первых дней после ранения и продолжаться в течение всего лечебного периода. Так, Гориневская говорит: «Если при ранениях, осложненных тяжелой инфекцией, лечебная физкультура показана только после прекращения острого процесса, то во всех остальных случаях показано применение лечебной физкультуры значительно раньше, начиная с армейской базы».

Первичными этапами санитарной эвакуации, как известно, являются МСБ, ППГ и ХППГ, в которых производится первичная обработка ран. Первый период после ранения чрезвычайно важен для лечения; он в большинстве случаев совпадает с эвакуацией раненых с передних этапов.

Мы наблюдали 1 005 раненных в конечности, лечившихся в нашем госпитале, и более 10 000 раненых, прошедших сортировку на санитарных летучках ВВСП и санитарно-транспортных судах.

По нашим данным, лечебную физкультуру на передовых этапах назначали только 20,2% раненных в конечности, причем большая часть назначений (15,6%) сделана в эвакогоспиталях фронта и меньшая часть (4,6%)—-в ППГ и ХППГ. Это дает право утверждать, что первый период лечения раненых (в том числе и раненных в мягкие ткани) проходит в большинстве случаев без воздействия лечебной физкультуры.

Врач, производя первичную хирургическую обработку раны, должен подумать о назначении лечебной физкультуры и определить период применения и ее формы, примерное построение методики занятий, характер 'допустимых при данном ранении уйражнений и их дозировку.

При продуманных назначениях лечебная физкультура ставит больного в условии активного участия в лечебном процессе. Ее назначение должно быть оформлено в истории болезни, только тогда оно будет считаться полноценным.

Однако на практике даже эти редкие назначения не всегда полноценны. Врачи часто ограничиваются пометкой в истории болезни: «Лечебная физкультура».

Наш опыт показал, что значительное число раненых, не получивших на передовых этапах лечебную физкультуру, имело в момент нашего обследования функциональные расстройства. Например, у раненого Х. через 27 дней после ранения в коленный сустав угол сгибания был равен 140°, угол разгибания 155°. Через 53 дн» после ранения правый коленный сустав имел угол сгибания в норме, угол разгибания — 175°. При ходьбе он опирался только на пальцы стопы.

Таких примеров очень много. Они показывают, что как неполноценные назначения лечебной физкультуры, так и отсутствие их при первичной обработке ран ведуг к стойким ограничениям функций конечности.

На передовых этапах необходимо исчерпывающе описывать в документах состояние функции поврежденного органа. Это дает возможность оценивать динамику процесса на последующих этапах и назначать соответствующее лечение.

Мы наблюдали 203 раненых, которым на передовых этапах была назначена лечебная физкультура. При этом надо отметить, что у 42,3% раненых, получивших назначения на лечебную физкультуру, эти назначения были неполноценными.

Функциональное состояние полноценно было описано у 76 раненых н неполноценно у 127. При этом следует отметить, что в ППГ и ХППГ только один из 6 раненых, занимавшихся лечебной гимнастикой, прешел полное функциональное обследование. В эвакогоспиталях фронта качество функциональной диагностики было несколько выше.

Определив функциональный статус у 203 человек, имевших назначение на лечебную физкультуру, и у 480 человек, не имевших назначений, мы установили, что движение конечностей восстановилось полностью до заживления ран у 56,6% раненых, занимавшихся лечебной физкультурой, и у 46,7%, не занимавшихся ею.

Выводы

1. Показания к назначению лечебной физкультуры на передовых этапах эвакуации следует расширить.

2. Назначения лечебной физкультуры нужно делать, начиная с МСБ и ППГ, что позволяет систематически воздействовать на травмированный орган с постепенно нарастающей на всех этапах нагрузкой. Нельзя не использовать для применения лечебной физкультуры первый период лечения, чрезвычайно важный для восстановления функции.

3. Необходимо точно и исчерпывающе описывать функциональный статус, начиная с МСБ, ППГ и ХППГ. Это поможет установить правильную методику лечебной физкультуры и предупредить развитие тугоподвижностей и контоактур.

4. Методика лечебной физкультуры в МСБ, ППГ и ХППГ и эвакогоспиталях фронта должна строиться с учетом особенностей каждого этапа санитарной эвакуации. Раненый должен получать физические упражнения и в пути следования (в санлетучках, ВВСП и на санитарно-транспортных судах). Поэтому основной формой лечебной физкультуры на передовых этапах должны быть индивидуальные задания с обязательной записью их в истории болезни раненых.

Полковник мед. службы А. Д. АСТАФЬЕВ

1. ПРОФИЛАКТИКА ТРАНШЕЙНОЙ СТОПЫ

ТЬе ВиПеНп оТ ТЬе 15. 8. Агту МесДса1 ОераДтеп!, № 87, Арг!1 1945.

В американской армии придавалось очень большое значение борьбе с траншейной стоной. Начальник медицинской службы армии дал специальное распоряжение по этому вопросу. Был распространен также ряд циркулярных предписаний. В дополнение к этому была выпущена листовка под названием «Это траншейная стопа», напоминающая о необходимости профилактики траншейной стопы и ухода за ногами. Особенно широко распространялись листовки в зоне военных действий. Начальник медицинской службы армии настойчиво рекомендовал не прекращать работу по профилактике траншейной стопы в передовых частях и во время боев. Командиры частей обязаны были проверять, достаточно ли знакрмы их подчиненные с методами предохранения от траншейной стопы и как осуществляется уход за ногами. Д.тя того чтобы солдаты постоянно помнили о траншейной стопе, листовки расклеивали даже в автомашинах на уровне глаз, так чтобы все могли их видеть и читать при переездах.

На европейском театре для рядовых 36-й пехотной дивизии была отпечатана маленькая брошюра «Ваши враги — это немцы и траншейная стопа*. В брошюре указывалось, что основными причинами траншейной стопы считаются: 1) продолжительное пребывание во влажной обуви с мокрыми ногами, 2) недостаток движения и тесная обувь, тесные носки и гетры, затрудняющие правильное кровоснабжение в строе. Траншейная стопа может легко появиться и при отсутствии морозов.

Индивидуальные заботы о ногах должны осуществляться ежедневно и методически. Раз в день (а по возможности и несколько раз) необходимо снять носки и ботинки и потереть ноги специальным порошком, который можно получить от командира части. Когда достать порошок невозможно, ноги растирают без него; при этом желательно надеть сухие носки, а если их нет, хотя бы хорошо выжать сырые. Каждый солдат должен иметь две пары толстых носков и две павы тонких. На ноги надевают сначала одну пару тонких носков, а затем толстые. Запасные тонкие носки следует хранить за подкладкой шлема, а запасные толстые — в кармане куртки или под курткой. Чистые тонкие шерстяные носки в обмен на грязные можно получать ежедневно вместе с пищей или через своего командира. Толстые носки полагается стирать самому и сменять по крайней мере через день.

При отсутствии движения вообще необходимо в течение часа делать движения ногой, пока не восстановится кровообращение и нога не станет теплой. Такие движения возможны и в окопах. Важно не спать в обуви, особенно когда она увлажнена. Каждый может дополнительно получить одну пару пьексов с резиновой подошвой, с двумя парами войлочных стелек, из которых запасная должна храниться за подкладкой шлема и сменяться вместе с тонкими носками. Пьексы достаточно просторны для того, чтобы вместить толстые носкн и не задерживать нормального кровообращения, но они повышают потение ног. На это необходимо обратить внимание и обеспечить правильный уход за ногами.

Далее, в брошюре приводятся признаки траншейной стопы. Ноги становятся тяжелыми, окоченевшими. Вначале они нечувствительны, при ощупывании руками кажутся отекшими, белого или воскового цвета, с голубоватой сыпью, особенно около пальцев. Когда нога горяча наощупь и чувствительна, цвет ее становится красным. При появлении траншейной стопы нельзя растирать и массировать ногу, быстро ее согревать, особенно около огня. Если нет необходимости, то не надо ходить. Заболевшего следует положить и ноги поднять на 35—40 см выше туловища. При первой возможности больного направляют к врачу.

Краткие сведения о мерах предохранения от траншейной стопы вкладывались в каждый пакет с рационом, подлежащим выдаче солдатам.

★

2. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКИХ БОЛЕЙ ПРИ ТРАНШЕЙНОЙ СТОПЕ

Капитан Честер и майор Раган (Тйе ВиПеНп о! 1ке II. 8. Агту МесНса! Е)ераг1-теп!,]ипе 1945, № 89, стр. 98—100) зимой в госпитале изучали траншейную стопу с помощью методики, применяемой при болезнях сосудов. При наличии траншейной стопы наложение кровосдавливающей манжетки на ногу сопровождалось появлением болей. Эти боли, обязанные своим возникновением ишемии, авторы считают отличительным признаком при ранней диагностике траншейной стопы.

Рис. 1

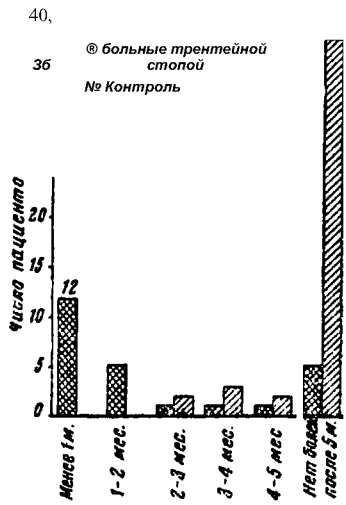


Рис. 2.

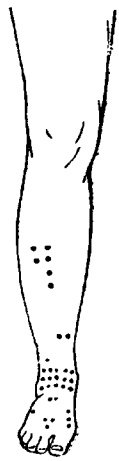


Рис. 3

Манжетку стандартного сфигмоманометра накладывают на бедро больного, который лежит в постели, и надувают до величины артериального давления (220 мм ртутного столба). Процедура производится в состоянии покоя и во время упражнений (сгибание и разгибание стопы 20—24 раза в минуту). Между опытом в покое и опытом с- упражнением необходим пятиминутный перерыв. Продолжительность опыта—5 минут (до наступления болей). При сдавливании конечности у имеющих траншейную стопу появляются боли у основания пальцев по продольному и поперечному своду (рис. 1). Быстрота наступления болей указывает на тяжесть страдания. Испытания были проведены на 25 больных с траншейной стопой и на 45 здоровых. У 38 здоровых боли наступали через 5 минут после упражнения (рис. 2). У больных боли наступали преимущественно на первой мйнуте опыта со сдавливанием (рис. 3). Семь подопытных, считавшихся здоровыми, имели, как выяснилось позже, траншейную стопу в анамнезе.

Описанный метод с успехом применялся в госпитале для распознавания траншейной стопы.

★

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941-1945) (Продолжение)[1]

III. УЧЕБНИКИ, РУКОВОДСТВА, ПОСОБИЯ, НАСТАВЛЕНИЯ, УКАЗАНИЯ, ИНСТРУКЦИИ, СПРАВОЧНИКИ

Альбом примеров простейшего водоспабжепия, приготовления кипятка и пищи ,(в полевых условиях), в. 1, М., 1942 (Центральное военно-пооектное управление КЭУ ГИУ КА), 33 стр. с илци

Аничков Н. Н,, Военно-медицинский справочник, Самарканд, 182 стр., 1944.

Ахутия М.Н., Военно-полевая хирургия; 2 изд., 412 стр. с илл. М., Медгиз, 1942.

Ахутин М. Н., Краткие указания по военно-полевой хирургии (ВСУ 1-го Украинского фронта), стр. 60, Б. м.,1944.

Багдасарьян С. М., Краткое пособие по санитарно-химической защите, изд. 3-е, М., Медгиз, 62 стр., 1942; изд. 4-е, 73 стр., 1944.

Багдасаров А. и Сельповский П., Краткий справочник по переливанию крови, изд. 2-е, М.—Л., Медгиз, 44 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).'

Бондарчук А. В. и др., Основы военно-полевой нейрохирургии, Л., 375 стр. с илл., 1942.

Бурденко Н. Н., Инструкция по применению бактериофага в хирургии, М., Медгиз, 3 стр., 1941.

Бур кат М. Е., Коваленко В. Н. и Саксонов П. П., Трофейные медикаменты. Краткий справочник, в. 1, Б. м., 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

Буркат М. Е., Коваленко В. Н. и Саксонов П. П., Иностранные медикаменты. Краткий справочник, в. 2, Б. м., 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

Военно-санитарный справочник, изд. 3-е, М., Медгиз, 524 стр., 1941.

Временная инструкция по военно-полевой хирургии, М., Медгиз, 11 стр., 1941 (СО Северного фронта). '

Временная инструкция по применению сухих питательных сред., М., Медгиз, 13 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Временная инструкция по профилактике кишечных инфекций в войсках фронта и в районе их действия и размещения, Б. м., 10 стр., 1944 (СУ фронта).

Временная инструкция по профилактике туляремии в войсках фронта и среди гражданского населения в районе их действия и размещения, Б. м., 8 стр., 1943 (СУ фронта).

Временная инструкция по санитарному надзору за содержанием обмывочных пунктов (СОИ) для гражданского населения, Гигиена и здоровье, 9—10, 1941.

Временная инструкция по химической разведке, М., Воениздат, 68 стр., 1942.

. Временные показания к отбору на эвакуацию больных с отморожением, нзходяшихся в эвакогоспиталях РЭП-95, Медицинский работник, I, 1942.

Геселевич А. М., Оперативная хирургия войскового района, М., Медгиз, 143 стр. с илл., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Главным хирургам фронтов и армий. Наставление о способе выведения раненых из шокового состояния по методу акад. Штерн, М., Медгиз, 8 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени (пособие для врачей-нейрохирургов), М, Медгиз, 387 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Готов к санитарной обороне СССР. Пособие по подготовке к сдаче норм ГСО, изд. 3-е, доп. и испр. М.—Л., Медгиз, 1941, 154 стр. с илл.

Г у р в и ч М. М., Руководство для санитарных инструкторов, М., Медгиз, 484 стр. с илл., 1942 (рец.); Фельдшер и акушерка, 7—8, 1944.

Девятнин В. А,, Указания по профилактике авитаминозов в войсках, под ред. Ф. Г. Кроткова, М., Медгиз, 31 стр., 1944 (рец.); ВМЖ, март 1945.

' См. № 1—2, 3, 4—5 и 6 <ВМЖ» 1946 г.

Директива начальника ГВСУ о планировании лечебно-эвакуационного обеспечения, в кн. Сб. руководящих материалов но лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, 17—20, 1942 (СУ Закавказского франта). Дли служебного пользования.

Директивные указания об организации переливания крови в эвакогоспиталях СКВО, Ростов-на-Дону, 4 стр., 1941 (Северо-Кавказский военный округ).

Дополнение к указаниям по учету, диагностике, профилактике и лечению шока от 12 сентября 1942 г., М., 8 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии), в кн. Методические указания по вопросам военно-полевой терапии, Л., стр. 107—ПО, 1944 (ВСУ Ленинградского фронта). Для служебного пользования.

Еланский Н. Н., Военно-полевая хирургия, М.—Л., Медгиз, 170 стр., 1941; изд. 4-е, М., Медгиз, 264 стр. с иллк, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Инструктивные материалы по лечению раненых и больных на курортах *я* курортными факторами в эвакогоспиталях, М., Медгиз, 36 стр., 1943 (НКЗдрав СССР, ГУ курортов и санаториев).

Инструктивные указания по хранению и переливанию консервированной крови, М., 8 стр., 1941 (СУ Западного фронта).

Инструкция Всесоюзной государственной санитарной инспекции об уборке трупов вражеских солдат и офицеров и о приведении в санитарное состояние территорий, освобожденных от противника, Гигиена и здоровье, 3—4, 1942.

Инструкция ГВСУ Красной Армии по применению фенамина, Фельдшер и акушерка, 19—11, 1944. Библиогр.

Инструкция для исследования материала на анаэробную флору, сопровождающую раневые инфекции, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 10—11, 1941.

Инструкция по применению бактериофага в хирургии, М., 8 стр., 1941.

Инструкция для лечебного применения антиретикулярной цитотоксической сыворотки, Госпитальное дело, 11—12, 1942.

Инструкция для пользования ручным аппаратом «дымогенератор» для обработки'и лечения ран окуриванием по способу проф. П. А. Гузикова, в кн. Окуривание, Молотов, стр. 76—78, 1943.

Инструкция для проведения широкого испытания профилактических свойств грамицидина, Фельдшер н акушерка, 4—5, 1944.

Инструкция к схеме строительства простейшей жаровой «камеры-землянки» (•вошебойки), Свердловск, Свердлгиз, 8 стр., 1941 (НКЗдрав РСФСР).

Инструкция Мосгорздравотдела от 16.1.1942 г. Хе 0-32 о санитарной обработке раненых и больных при приеме в эвакогоспиталях Мосгорздравотдела, в кн. Сб. приказов и распоряжений, № 4 (Мосгорздравотдел), М., стр. 6—7, 1942.

Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, отдел эвакогоспиталей Горьковского облздрава, 135 стр., 1942 (НКЗдрав СССР).

Инструкция НКЗдрава СССР по главным управлениям эвакогоспиталей по ранней диагностике и лечению тифо-паратифозных заболеваний, Фельдшер и акушерка, 6, 1942.

Инструкция о лечении ран век и их последствия, в кн. Тихомиров П. Е., Инструкция по лечению военных травм и заболеваний органа зрения, М., стр. 5—7, 1944.

Инструкция о пользовании набором индикаторов на БОВ для лабораторий эвакогоспиталей и больниц, М,, Упр. мед.-сан. службы МИВО, 7 стр., 1944.

Инструкция о пользование повязкой-бинтом, предложенным доктором Успенским, Фельдшер и акушерка, 6, 1944.

Инструкция о порядке ведения учета и отчетности медико-санитарного имущества (для войсковых частей, соединений и лечебных учреждений войскового армейского и фронтового района), М., 67 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии, Управление снабжения медицинско-санитарно-хозяйственным имуществом).

Инструкция о применении парафинотерапии при травмах, М., Медгиз, 4 стр., 1942.

Инструкция о применении сверхскоростной стерилизации кетгута по методу проф. Н. И. Краузе, М., Медгиз, 10 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция о применении физических методов лечения при глазных ранениях и заболеваниях, в кн. Тихомиров П. Е., Инструкция по лечению военных травм и заболеваний органа зрения, М., стр. 52—58, 1944.

Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР, в кн. Сб. организационно-методических материалов по судебно-психиатрической экспертизе, М., стр. 5—9, 1941.

Инструкция о снабжении медико-санитарным имуществом действующей армии, М., Медгиз, 41 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция о технике магнитной пробы и поксазаниях к ней, в кн. Тихомиров П. Е., Инструкция по лечению военных травм и заболеваний органа зрения, М., Медгиз, стр. 31—33, 1944.

Инструкция об изготовлении витаминных настоев (экстрактов) из хвои, М.к Медгиз, 1942, 3 стр. (ГВСУ КА).

Инструкция об использовании бывшего в унотреблении перевязочного материала, Утверждена НКЗдравом РСФСР 10.Х1.1941 г., Фельдшер и акушерка, 7, 1941

Инструкция по ампутации и протезированию конечностей, в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 68—75, 1942.

Инструкция по банно-прачечному и дезинфекционному обслуживанию войск. М., Медгиз, 43 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по боевой работе дегазационного пункта, М., Медгиз, 7 стр. 1914 (НКЗдрав СССР, Управление медико-санитарной службы МИВО).

Инструкция по борьбе с вторичными кровотечениями, М., Медгиз, 6 стр., 1943.

Инструкция по борьбе с малярией и москитной лихорадкой (лихорадка папатачи), Тбилиси, 50 стр., 1942 (СО ЗакВО).

Инструкция по борьбе с мышевидными грызунами, М,, Медгиз, И сгр, 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Инет рукция-по вскрытию трупов в лечебных учреждениях фронтового и внутреннего районов, М., Медгиз, 16. стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по документации неврологического статуса раненых с повреждениями нервных стволов, в кн. Лечение ранений нервных стволов, Труды совещания врачей эвакогоспиталей РЭИ-95 и отдела эвакогоспиталей Вологодского облздрава, Б. м,, стр. 221—223, 1944.

Инструкция по забору проб продуктов и воды, подозрительных на заражение ОВ, в кн. Вопросы санитарно-химической защиты войск, Б. м., стр. 125—136, 1945 (ВСУ 1-го Прибалтийского фронта).

Инструкция по извлечению инородных тел из роговой оболочки конъюнктивы и эписклеры, в кн. Тихомиров П. Е., Инструкция по лечению военных травм и заболеваний органа зрения, М., стр. 12—21, 1944.

Инструкция по изготовлению и применению 20—25% мази из эмульсии э.м брионов по проф. Гольдбергу, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 163—184, 1944. Библиогр.

Инструкция по изготовлению и применению парафиномасляиой смеси по методу проф. С. С. Ленского, Здравоохранение Казахстана, 10, 1942.

Инструкция по изучению физического состояния и здоровья летного состава, М., Медгиз, 8 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по использованию формалинизированного нерва при замещении дефекта травмированного периферического нерва, Невропатология и психиатрия, XI, 1—2, 1942.

Инструкция по комплексному лечению военно-травматических повреждений органов движения и нервной системы, Ташкент, 42 стр., 1941 (Всесоюзный комитет по изучению ревматизма и заболеваний органов движения и борьбе с ними).

Инструкция по лабораторной диагностике холеры, М., Медгиз, 1943, 15 стр.

Инструкция по лечебно-санитарному обслуживанию призывников, М., 19 стр., 1941 (НКЗдрав СССР); Тбилиси, Грузмедгиз, 20 стр., 1942 (НКЗдрав СССР).

Инструкция по лечению боевых повреждений органа зрения и его придатков, М., Медгиз, 7 стр., 1943 (Главное управление эвакогоспиталей).

Инструкция по лечению в нейрохирургических эвакогоспиталях последствий поражений периферической нервной системы, в кн. В помощь лечащему врачу, М,— Казань, стр. 22—24, 1942; Невропатология и психиатрия, XI, 1—2, 1942; Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 72—75, 1942.

Инструкция по лечению в эвакогоспиталях кишечных свищей и других остаточных явлений после огнестрельных ранений' брюшной полости, М., 31 стр., 1943 (НКЗдрав СССР, Главное управление эвакогоспиталей).

Инструкция по лечению кишечных свищей в эвакогоспиталях, в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 98—101, 1942.

Инструкция по лечению наиболее часто встречающихся кожных болезней, в эвакогоспиталях НКЗдрава СССР, М., Медгиз, 6 стр., 1943.

Инструкция по лечению огнестрельных переломов нижних и верхних конечностей в тыловых госпиталях, в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 46—52, 1942; Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 103—109, 1943.

Инструкция по лечению огнестрельных ранений, под ред. И. М. Стельматонка, ч. 1—2, Чебоксары, Госиздат Чувашской АССР, 1942 (НКЗдрав ЧАССР).

Инструкция по лечению огнестрельных ранений кисти и пальцев, в кн. В помощь леч. врачу, М.—Казань, стр. 106—109, 1942. М,, Медгиз, 3 стр., 1941.

Инструкция по лечению огнестрельных ранений суставов, в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 59—64, М., изд. «Московский большевик», 8 стр., 1944 (НКЗдрав СССР, Главное управление эвакогоспиталей).

Инструкция по лечению ожогов кожи, в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 117—121, 1942; Инструкция НКЗдрава СССР, по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 48—52, 1942.

Инструкция по лечению остеомиэлнтов в тыловых эвакогоспиталях НКЗдрава СССР, М., Медгиз, 2 стр., 1943 (НКЗдрав СССР).

Инструкция по лечению острых повреждений периферических нервов, Советская медицина, 17, 1940.

Инструкция по лечению отморожений (первая помощь и лечение), в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 63—85, 1942; Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 53—58, 1942.

Инструкция по лечения? переломов нижней челюсти проволочными незубными шинами, в кн. В помощь лечащему врачу, М,—Казань, стр. 38—42, 1942; Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 79—84, 1942 Казань, Медгиз, 7 стр., 1942.

Инструкция по лечению последствий огнестрельных ранений черепа и головного мозга в нейрохирургических госпиталях, в кн. Сб. инструктивных указании по лечению последствий огнестрельных ран, Медгиз, стр. 3—14, 1945 (Главное управление эвакогоспиталей НКЗдрава СССР).

Инструкция по лечению последствий огнестрельного ранения черепа и головного мозга в нейрохирургических эвакогоспиталях, М., Медгиз, 4 стр., 1942 (НКЗдрав СССР); в кн. Инструкция НКЗдрава СССР по методике хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 61—65, 1942; Советская медицина, 8, 1942.

Инструкция по лечению последствий отморожений в тыловых эвакогоспиталях НКЗдрава СССР, М., Медгиз, 9 стр., 1943 (НКЗдрав СССР).

Инструкция по лечению последствий поражения периферической нервной системы в нейрохирургических эвакогоспиталях, в кн. Сб. инструктивных указаний по лечению последствий огнестрельных ран, М., Медгиз, стр. 15—18, 1945 (Главное управление эвакогоспиталей НКЗдрава СССР).

Инструкция по лечению проникающих ранений грудной клетки в эвакогоспиталях, М., Медгиз, 6 стр., 1944; в кн. Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 85—97, 1942; В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 52—59, 1942.

Инструкция по лечению ран, в кн. Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 3—16, 1942.

Инструкция по лечению ранений в тыловых госпиталях, под ред. Н. Н. Бурденко, Е. И. Смирнова, Ф. Л. Ходоркоэа, Свердловск, 82 стр., 1941 (СУ Красной Армии); Ташкент, 96 стр., Тбилиси, Грузмедгиз, 96 стр., 1942.

Инструкция по лечению ранений и заболеваний органов мочеполовой системы в эвакогоспиталях НКЗдрава СССР, под общ. ред. Р. М. Фронштейна, М., Медгиз, 14 стр., 1944 (НКЗдрав СССР).

Инструкция по лечению ранений почек в эвакогоспиталях, в кн. Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 98—102, 1942. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 64—66, 1942.

• Инструкция по лечению реактивных травматических синдромов, в кн. Сб. инструктивных указаний по лечению последствий огнестрельных ранений, М., Медгиз, стр. 24—29. 1945 (Главное управление эвакогоспиталей НКЗдрава СССР).

Инструкция по лечению сепсиса (общего заражения крови) после огнестрельных ранений, в кн. Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 46—48, 1942; в кн. В помощь войсковому врачу, М.—Казань, стр. 94—98, 1942; Фельдшер и акушерка, 8, 1942.

Инструкция по лечению травматических повреждений позвоночника и спинного мозга в нейрохирургических эвакогоспиталях, в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 25—29, 1942; в кн. Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 68—71, 1942; Советская медицина, 10, 1942; в кн. Сб. инструкций и указаний по лечению последствий огнестрельных ранений, М., Медгиз, стр. 19—23, 1945.

Инструкция по лечению челюстно-лицевых ранений, в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 30—38, 1942.

Инструкция по медико-санитарному обеспечению работ с этиловой жидко,-стью и этилированным бензином в полевых и стационарных условиях, М., Медгиз, 1942.

Инструкция по медицинской сортировке пораженных БОВ, доп. № 2 к «Руководству по санхимзащите Красной Армии», М., Медгиз, 32 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии). Для служебного пользования; в кн. Вопросы санитарно-химической защиты войск, Б. м., стр. 81—120, 1945 (ВСУ 1-го Прибалтийского фронта).

Инструкция по медицинскому освидетельствованию летного состава ВВС Красной Армии, М., Медгиз, стр. 5, 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по медицинскому освидетельствованию расписания болезней, наставление по- определению годности и таблица распределения свидетельствуемых воинских контингентов по родам и частям войск, М., 63 стр., 1942 (Приказ Наркома Обороны № 336, 24 октября 1942 г.).

Инструкция по методам хирургического лечения, М., Медгиз, 212 стр., 1912 (ГВСУ Красной Армии и НКЗдрав СССР).

Инструкция по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, 435 стр., 1942 (Отдел эвакогоспиталей Горьковского облздравотдела).

Инструкция по методам хирургического лечения в тыловых госпиталях, под

ред. Е. И. Смирнова, Н. Н. Бурденко, Л., Медгиз, 210 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии и НКЗдрав СССР).

Инструкция но обеззараживанию воды в нолевых условиях, Б. м., Воениздат, 11 стр., 1943 (ВСУ Северо-Западного фронта).

Инструкция но оказанию оперативной помощи при проникающих ранениях глазного яблока, В кн. Тихомирова П. Е., Инструкция по лечению военных травм и заболеваний органа зрения, М., стр. 7—И, 1944.

Инструкция по оказанию первой помощи и лечению отравлений антифризом, в кн. Вопросы санитарно-химической защиты войск, Б. м., <;тр. 137—138, 1945 (ВСУ 1-го Прибалтийского фронта).

Инструкция по оказанию помощи при ожогах кожи, Медицинский журнал БССР, I, 1941.

Инструкция по оказанию хирургической помощи при наличии инородных тел, в кн. Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 59—60, 1942.

Инструкция по определению группы крови, в кн. Сб. инструктивно-методических материалов по работе эвакогоспиталей, в. 18, Б. м., стр. 14—17, 1944.

Инструкция по организации выявления эвакуации и лечения больных активным туберкулезом легких, М., 15 стр., 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по организации гипсового кабинета эвакогоспиталей, в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 134—135, 1942; Медицинская сестра, 3—4, 1942; Фельдшер и акушерка, 9, 1942.

Инструкция по организации и проведению санэлидразведки в войсках Северо-Западного фронта, Б. м., 18 стр., 1942 (ВСУ Северо-Западного фронта).

Инструкция по организации и работе аптек при эвакогоспиталях НКЗдрава СССР, М., Медгиз, 30 стр., 1942.

Инструкция по организации и работе рентгеновского отделения в госпиталях НКЗдрава СССР, М., Медгиз, 16 стр., 1941.

Инструкция по организации коллективной защиты больных в стационарных лечебных учреждениях при угрозе воздушного нападения, Больничное дело, 5—6, 1941.

Инструкция по остановке кровотечения, Советское здравоохранение Киргизии, 3, 1941.

Инструкция по ПВО и ПХО полевых госпиталей (МОВ) Красной Армии, М., Медгиз, 40 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии).. Для служебного пользования.

Инструкция по первичной обработке повреждений периферических нервов, Невропатология и психиатрия, X, 9—10, 1941. .

Инструкция по первичной обработке ран, в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 15—18, 1942; Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 16—19, 1942.

Инструкция по первой помощи и лечению хирургических микстов и по организации работы в операционной в условиях ПВХО, М., Медгиз, 14 стр., 1944 (НКЗдрав СССР, Управление медико-санитарной службы МПВО).

Инструкция по переливанию крови, Минск, Госиздат БССР, 62 стр., 1945 (НКЗдрав БССР, Белорусский научно-исследовательский институт переливания крови).

Инструкция по погрузке и разгрузке постоянных военно-санитарных поездов ВСП, М., Медгиз, 24 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по пользованию комплектом для колориметрического анализа воды (составлена военным врачом Габовичем), М., 8 стр., 1941.

Инструкция по пользованию санитарно-бактериологической лабораторией на авто, 1940 г. М., Медгиз, 31 сТр. с илл. (СУ КА), 1941.

Инструкция по предупреждению авитаминозных заболеваний при отсутствии свежих овощей, М., 12 стр., 1942 (Главное управление продовольственного снабжения Красной Армии).

Инструкция по предупреждению и леченцю травматического шока. Медицинский журнал БССР, I, 1941.

Инструкция по предупреждению отморожений и по оказанию при этом первой помощи, Б. м., 14 стр., 1944.

Инструкция по приготовлению настоев и концентратов витамина С, М., Медгиз, 14 стр., 1943.

Инструкция по применению активной аспирации при лечении проникающих ранений груди на этапах санитарной' эвакуации, М., 6 стр., 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по применению бактериофага, Б, м., 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по применению бактериофага в хирургии (автор Н. Н. Бурденко), М., Медгиз, 4 стр., 1941 (ГВСУ Краспой Армии).

Инструкция по применению бактериофага при лечении ран, М., Медгиз, 4 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по применению витаминов А и С как средств, восстанавливающих силы (для врачей), М., Медгиз, 2 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по применению витаминов ц .эвакогоспиталях, в кн. Вопросы военной терапии, Новосибирск, стр, 300—314, 1943; М., Медгиз, 1942, 16 стр, .

Инструкция по применению грамицидина, Фельдшер и акушерка, 4—5, 1944.

Инструкция по применению ОКМ при лечении инфицированных ран, М., Медгиз, 2 стр., 1944

Инструкция по применению парафиНо-масляной смеси и озокерита по методу С. С. Ленского, М., Медгиз, 15 стр,, 1945 (Главное управление эвакогоспиталей НКЗдрава СССР).

Инструкция по применению парафинотерапии, в кн. В помощь лечащему врачуй М.—Казань, стр. 127—136, 1942.

Инструкция по применению препарата кола в Красной Армии, М., Мёдгнз, 2 стр., 1941.

Инструкция по применению препарата неопантоцид для лечения ран и стерилизации хирургических перчаток, М., 2 стр., 1941 (НКЗдрав СССР).

Инструкция по применению препарата фенамин, М., Медгиз, 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по применению сверхскоростной стерилизации кетгута по методу проф. Краузе, М., Медгиз, И стр. (ГВСУ КА), 1944.

Инструкция по применению стрептоцида и других препаратов сульфамидного ряда при лечении ран и их осложнений, в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 121—124, 1942; Фельдшер и акушерка, 7, 1942.

Инструкция цр применению физиотерапии при травматических повреждениях периферических нервов, Больничное дело, IV, I, 1941.

Инструкция по применению физических методов лечения при травматических заболеваниях, в кн. Труды ГНИСИ (ГИФ), 10, стр. 190—202, 1941.

Инструкция по применению физических методов лечения при травматических повреждениях, в кн. Л а и ь к о М. И., Организация лечебной физкультуры в госпитале, 4, Краснодар, 54 стр., 1942.

Инструкция по профилактике гриппа и крупозной пневмонии, Хабаровск, 8 стр., 1943 (СУ ДВФ).

Инструкция по профилактике деформации носа, в кн. Инструкция НКЗдрава СССР по методу хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 76—78, 1942; В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 44—46, 1942.

Инструкция по профилактике и лечению анаэробной инфекции при огнестрельных повреждениях (столбняк и газовая гангрена), в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 75—82, 1942.

Инструкция по профилактике пищевых токсикоинфекций и отравлений, Б. М., 28 стр., 1945 (ВСУ 1-го Прибалтийского фронта).

Инструкция по профилактике рубцовых контрактур нижней челюсти, в кн. В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 43—44, 1942.

Инструкция по профилактике сыпного тифа (принятая Высшим санитарным советом в октябре 1939 г.) (реф.), ВСД, 6, 1942.

Инструкция по профилактике туляремии в частях Красной Армии, М., Медгиз, 7 стр., 1942.

Инструкция по работе и уходу за пароэлеваторной душевой установкой на одноосном автоприцепе, Приказ ГВСУ Красной Армии № 295, М., Медгиз, 1942.

Инструкция по работе и уходу за пароэлеваторнбй душевой установкой на грузовой автомашине ГАЗ-АА, Приказ ГВСУ Красной Армии № 295, М., Медгиз, 1942.

Инструкция по работе походной банно-дезинфекционной установки (БДПУ) Волховского фронта, М., Медгиз, 10 стр., 1943.

Инструкция по работе санпостов Красного креста по сигналу ВТ, Владивосток, 21 стр., 1941 (Приморский краевой комитет Красного креста).

Инструкция по распознаванию и лечению контуженных, М., 20 стр., 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по распознаванию, лечению и профилактике возвратного тифа, М., Медгиз, 7 гтр. (ГВСУ КА), 1944.

Инструкция по рентгенодиагностике и локализации инородных тел при ранениях глаз, в кн. Инструкция по лечению военных травм и заболеваний органов зрения, М,, стр. 21—30, 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по рентгенотерапии огнестрельных ранений, 54., Медгиз, 3 стр., 1944 (НКЗдрав СССР).

Инструкция по санитарно-эпидемиологическому обслуживанию войск МВО, М., 8 стр., 1942 (СУ МВО).

Инструкция по санитарному надзору за оборудованием и содержанием убежищ и укрытий, Больничное дело, 5—6, 1941.

Инструкция по санитарному содержанию промышленных предприятий на период военного времени, М., Медгиз, 15 стр., 1944 (НКЗдрав. СССР, 7.1У.1944 г.).

Инструкция по сбору плацентарной крови, М., 6 стр., 1941 (утверждена Управлением противоэпидемических учреждений НКЗдрава СССР).

Инструкция по снабжению медико-санитарным имуществом в действующей армии, М.—Л., Медгиз, 80 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по собиранию и первичной обработке использованной ватыц Фельдшер и акушерка, 12, 1943; Советское здравоохранение, 7, 1942.

Инструкция по составлению истории болезни хирургических больных, ВМА. 1943.

Инструкция по стирке постельного и нательного белья, Б. м., 44 стр., 1943- (СУ Карельского фронта).

Инструкция по управлению и уходу за пароформалиновой дезкамерой. (АПК) на шасси ГАЗ-АА и ГАЗ-АЛА, М., 37 стр., 1941; М., 37 стр., 1943.

Инструкция по устройству сушилок для гипсовых повязок, М., Медгиз,. 4 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Инструкция по уходу за культей, протезом и пользованию протезом, М., 10 стр., 1945 (Наркомсобес РСФСР, Главное управление протезной промышленности)..

Инструкция по цитологическому анализу раневого экссудата по методу М. Покровской и М. Макарова, М., НКЗдрав СССР, 7 стр., 1945.

Инструкция (По эвакуации на грунте раненых и больных с отморожением, в кн. Медицинский сборник 1, Б. М.. РЭП 95, стр. 41—42, 1942.

Иткин М. М., Краткий курс санитарно-химической защиты, Саратов, 278 стр. с илл., 1942 (Саратовский государственный медицинский институт).

Ихтейман М. С., Учебник для медсёстер, т. I—II, Медгиз, 1941, т. I, 240 стр.,, т. II, 319 стр.

Кошелев С. М., Пособие по санхимзащите для врачей Красной Армии, Тбилиси, Грузмедиздат, 56 стр. с илл., 1942.

Краткая инструкция по безаппаратурным методам физиотерапии и парафинотерапии, М., Медгиз, 8 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Краткая инструкция по лечению отморожений в реактивном периоде, в кн. Медицинский сборник, в. 1, Б. м., стр. 39—41, (РЭП-95), 1942.

Краткие указания по этапному лечению отморожений, Б. м., 4 стр., 1945.

Краткий справочник по заразным болезням для санинструкторов и дезинфекторов, М., 22 стр., 194? (ВСУ Калининского фронта). Для служебного пользования.

Краткий справочник по организации и питанию войск, Б. м., К'-ская армия, 22 стр., 1943 (СО М-ской армии).

Краткое пособие по невропатологии и психиатрии для военных врачей, Уфа, Башгосиздат, 88 стр., 1942 (Всесоюзное общество невропатологов и психиатров); рец.. Госпитальное дело, 4, 1943.

Краткое руководство по военно-врачебной экспертизе, М., 107 стр., 1944 1.ГВСУ Красной Армии).

Куприянов П. А. и др., Краткий курс военно-полевой хирургии, М., Медгиз, 435 стр. с илл., 1942 (ГВСУ .Красной Армии).

Лечебное мероприятие при вторичных кровотечениях (инструкция), Фельдшер и акушерка, 8, 1942.

Лечение военных ранений (практическое руководство для врачей и студентов), под ред. Н. Н. Петрова и П. А. Куприянова, изд. 6-е, Л., 422 стр. с илл., 1942. Библиогр.; изд. 7-е, Л., 453 стр, с (илл., <1945. (Библиогр.

Линдерман, Наставление к сборке и пользованию полевым операционно-ортопедическим столом проф. С. С. Юдина, М., Медгиз, 21 стр. с илл., 1944 (Московский, городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Склифосовского);

Медицинские показания и противопоказания для (направления в центральные (санатории (Красной Армии, М., 63 стр., 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Методические указания по вопросам военно-полевой терапии, Л., 139 стр., 1944 (ВСУ Ленинградского фронта). Для служебного пользования.

Митарновский В. М., Краткое руководство ло организации профилактического и (противоэпидемического обслуживания войск, Саратов, 196- стр. с илл., 1942 (Саратовский государственный медицинский институт).

Михельсон Г. А., Справочник по банно-прачечному дезинфекционному делу в Красной Армии, М., Медгиз, 42 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Михельсон Г. А., Справочник по банно-прачечному делу в Красной Армии для войсковых врачей, изд. 5-е, М.. Медгиз, 40 стр., 1941; Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, 40 стр., 1942; изд. б-е, М., Медгиз, 41 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии».

Му с а беков Ю. С., Краткое руководство по бихроматному методу определения калорийности пищи, М., Медгиз, 39 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии).

(Продолжение следует)

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛ АКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Подполковник мед. службы М. С. Маршак, кандидат мед. наук М. Л. Василевский, П. И. П а в л о в а и М. Ь. Фельдман. Оныт диэтотерании нри челюстно-лицевых ранениях в Великую отечественную войну..... 3

Подполковник мед. службы С. А. Савваитов. Опыт выявления туберкулезных больных в войсках 8

Капитан мед. службы А. В. Ч и-иенков. 1) Лечение газовых флегмон внутриартериальными вливаниями. 2) Метод оживления в первые минуты после клинической смерти.. . 11

Майор мед. службы П. Г. Г а т - цу к. Профилактика бронхитов и конъюнктивитов в полевых условиях..... 17

Майор мед. службы В. И. В а р л а м о в. К вопросу о газовых перитонитах 18

Майор мед. службы М. П. Ьогомякрв. Пенициллин при острой гоноррее 20

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ТАКТИКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Полковник мед. службы Л. С. К" аминский. К вопросу по-
-9 строения классификации военных потерь. 22

Полковник мед. службы Е. М. М а р г о р и н. Организация работы нейрохирургического отделения в армейском специализированном ХППГ 26

*'»1айор мед. службы *Л. М.*. Ьрикман. О транспортировке черепных раненых и неврологических больных на речном санитарно-транспортном судне 31

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Подполковник мед. службы В.Н. К оваленко. Опыт использования ОДР в полевых условиях 33

СО14ТЕКТ8

МЕЩСАЬ-РРОРН УЕАСТ1С 0ОЕ8Т1ОК8

1ки1епапЬСо1опе1 о! Мед. 8егу1се М. 8. МагзЪак, Сапд. о! Медка! 8с1епсев М. А. Уаз1-1е узку, Р. 1. Ра VI о V а, М. В. Р е 1 д ш а п. ЕхреПепсе о! О!е1-ТЬегару о! Мах!11о-Рас1а1 ХОоипдед 1п 1Ье Огеа1 Ра1г!о(к XV а г..... 3

Ьеи1епап1-Со!опе1 о! Мед. ЗегУке 8. А. ЗаууаИоУ. ЕхреПшенГ (о Ехрозе ТиЬегсиГоиз РаПенк 1П Тгоорз . . . . •..... 8

Сар(а1п о! Мед. 8егу!се А. V. СЬЬ п е п к о V. 1. Тгеа1теп1 о(Оазеоиз РЬ1ейЩОпае Ьу 1п1гаег(е-г!а! 1п1из1оп5. 2. Ме1Ьод о! Кеу!-уа1 1п (Ье Р1гз(М1пи1ез АПег С11п!са! ОеагЬ..... 11

Ма)ог о! Мед. 8егу!се Р. 6. О а I-5 и к. РгорЬу1ах18 о! ВгопсЬтз апд Соп)ипс(1УН18 т Р1е1д СопдШонд..... 17

Ма]сг о! Мед. 8егу1се V. I. V а г-1 а т о V. Он 1Ье С}ие51!оп *о!* базеоиз Рег11опН1з.....• 18

Ма)ог о! Мед. ЗегУке М. Р. Вороту а к о V. РепкП1!п 1п Асп1е СопогГЬоеа . .....• 20

0СЕ8Т/ОК8 ОР 0Д0АМ2АТ10К АЦЦ ТАСТ1С8 ОР ТНЕ МЕО! С АВ '■ 8ЕРУ1СЕ

Со1опе1 о! Мед. Зегуке Ь 8. К а-т 1 п з к у. СопсегШп^ Ше Сопзкисйоп о! С1азМ11са11оп о! Маг Ьоззез..... ..... 22:

Со1опе1 о! Мед. 8егу)се Е. М. Маг§ог!п. Зскете о! Огвап1га11оп о{ иогк о! Ьеиге- . 8иг§егу ЗесПоп а! а 8рес1а)1гед Агту МоЬ11е Р1е1д НозрПа! о! Зиг^егу 26

Ма]ог о! Мед. 8егу(се Е. М. В г! к-та п. Сопсегп1пц 11де Тгаизрог-1а(!оп о! 8оте Сгоирз о! Сгап!а1 ХХ'оипдед апд ТЧеигок^ка! Ракете он 111е К1уег ЗанНагу 81ир 31 >

ОПЕБТЮНБ ОР АИТ1ЕРШЕМ1САЕ ЦЕРЕКСЕ ОР ТДООР8

Пен1епап1-Со!опе1 о! Мед. ЗегУке V. 14. Коуа1енко. Ехрептеп(о! *А* ррПсаПон о! ООК 1п Г1е1д СондШонз..... 33 '

Ст. лейтенант мед. службы И. В. К и р и е н'к о. Диагностическое значение реакции Вейль-Феликса у сыпнотифозных больных, ранее привитых вакциной Кронтовской..... 36

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Подполковник мед. службы кандидат мед. наук А. Г. Караванов. Редкие по механизму случаи перелома позвоночника у стрелков-радистов 41

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Подполковник мед. службы Н. С м и р н о в. О.медицинском обеспечении длительного кавалерийского марша в безводном степном районе 43

Майор мед. службы Н. С. Железнякова. Сравнительная оценка методов определения окисляемости воды в полевых условиях 47

Ст. лейтенант мед. службы Г.К. Сергеев.. Померанцевые плоды как источник витамина С . . . 50

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Капитан мед. службы К. С. Т р о ф и м е и к о. ЛФК на передовых этапах санитарной эвакуации 52

РЕФЕРАТЫ

Полковник мед. службы А. Д. А с т а ф ь е в. 1. Профилактика траншейной стопы. 2. Диагностическое значение ишемических болей при траншейной стопе ....• . . . 54

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. М а к а р о в. Библиография по военной медицине за годы Отечественной войны (1941—1945) 56

Р1гб1 Ыеи(енан1 о! Мед. 8егу)се I. V. К1г1уенко. О1а2нозПс 81&нИ1сансе о! \7еП-Ре11х Кеасбсн о(ТурИиз РаИени Уасс1на1ед 1н Ше Раг4 хунк Уасс1не о(КгонЮУвкауа.....

0ПЕ8ТЮИ8 ОР ТНЕ МЕО/САЬ 8ЕРУ1СЕ ОР ТНЕ МАР

ЫеиЗепапГСо1опе) о! Мед. 8егу|се, Сапд. о(Мед. 8с1епзез А. О. Кага V а п о V. Раге Сазез о! МесИап13П1 о! 8р1пе РгасШгез 1п К1Нешеп-\У1ге1е88 Орега1огз . .

0СЕ8Т1ОУ8 ОР МИЛ ТАРУ НУ 01

ЫеиЗепапЬСо1опе1 о{ Мед. 8егУ1се Л. .8 ш 1 г п о V. Мед1са1 зегу1се а! Рго1гас(ёд Саудку Магсй 1п Аг1д-8(ерре Агеа • . • • . . .

Ма]ог о! Мед. 8егу1се Л. 8. 2Ье-1ё2пуакоуа. СогпрагаНуе Е5Нта1е о! МеИтодз 1ог Ое1ег-Ш1па11оп о! \Уа(ег Ох1д1ха(1оп 1п Р1е1д СондИЮнз.....

Р1гз1 1Леи(епап(о! Мед. 8егу(се О. К. Зегвеуеу РгиПз о(ВШег Огап§ез аз а Зоигсе' о! УНат1-пе С..... ...

ОПЕ8Т10И8 ОР МЕО1СА1 ОУМИА8Т1С8

СарГа1п о! Мед. 8егУ1се К- 8. Тго-11 т е п к о. Мед1са1-Оутпа811с» а! Адуапсед Е1арз о! Запфагу ЕуасиаПоп.....

- АВ8ТРАСТ8

Со1опе1 о! Мед. 8егу1се А. В. Аг-1а1уеу. 1. РгорЬу1аху о{ ТгепсЬ-Роо1. 2. В1а2повПс 81§п111сапсе о! 1з11ет1с РаШ8 1п ТгепсЬ-Роо! .

В1ВЫООКАРНУ

Со1опе1 о! Мед. 8егу1се I. Б. Мака г о V, В1БЮ2гар11у о! М11Иагу -Мед1с1пе ш Иге Уеагз о! Ше Ра1г1о11с М'аг (1941 —1945). . .

ОПЕЧАТКА

Напечатано: В№ 7—8 ,ВМЖ" за 1945 г. Следует читать:

стр. 42, 24 строка снизу

300 боевых вылетов	3000 боевых вылетов

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

9

СЕНТЯБРЬ

МЕДГИЗ · 1946

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Подполковник мед. службы М. Л. Меерович. О терапевтической работе в послевоенный период 3

Подполковник мед. службы П. Д. Феофилов. Лечение огнестрельных переломов бедра по материалам межармейской госпитальной базы 3-го Белорусского фронта..... 7

Капитан мед. службы Г. Л. Кабаков. Опыт комплексной обработки огнестрельных переломов бедра по Юдину в войсковом районе ..... И

Кандидат мед. наук А. С. Л и б е р ф а р б. О сопутствующей неспецифической терапии воеиноослепших..... 14

Майор мед. службы А. А. Алексеев. Клиническое течение трихомонадного уретрита у мужчин..... 16

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Майор мед. службы С. И. Белов. Медицинское обеспечение отдельной танковой бригады в наступлении..... 19

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Гвардии подполковник мед. службы доц. М. К. Карпов. Организация противоэпидемической защиты войск при осаде Данцига 24

Доц. П. Н. Косяков. О превентивных свойствах поливакцины НИИСИ в отношении бациллярной дизентерии.....**32**

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Подполковник мед. службы А А. Пухальский. Индивидуальный подход при тренировке летного состава в баро**камере** 36

СОИТЕМТ5

МЕШСАТ-РР0РНУТАСТ1С ОСЕЗПОИЗ

Ьеи1епап1-Со1опе1 М. Ь. Меего-V I с Н. Оп 1Ье ТЬегареиНс зегу!-се 1п АНег А^аг РеПод 3

Ьеи1епап1-Со1опе1 Р. '. О. Р е о {1-1оу.,Оп 1Не Тгеа1шеп1 о! Сип-«Но! Решиг и'оипбз Ассогдшд (о Ма1ег1а!з о{ Но«рКа1я о! (Не ТЫг<1 \У1Ше Ри851ап Ргоп! . . 7

Сарит О. Ь. К а Ь а к о у. Сотр1ех Тгеа1теп1 о(‿ ОиизЬо! Решит Ргас1игез 1п Й1е \Уаг Агеа ... 11

Сапб. 111 те<1. вс1. А. 5. Ь 1 Ь е г-(ягЬ. Аззос1а1ед Мопзрес1Шс ТЬегару Гог 5Уаг В11ш1е<1 ... 14

Ма]ог А. А. А1екзеуеч. С11П1-са1 Соигзе о(ТПсЬстопаз С те-11111(15 1п Ма1е..... 16

0Р0АН17АТЮЦ АЬЮ ТАСТГСЗ ОР МЕШСАЕ ЗЕРУ/СЕ

Ма]ог 8. 1. В е 1 о у. Ме«11са1 8ег-У1се Гог а Тапк Ое1асЬшеп1 он ОЙепЛУе..... 19

СОНТКОТ ОР ЕРЮЕМ1СЗ 1И ТНЕ РОРСЕЗ

ОиаМ'з Б1еи1епап1 - Со1опе1 Вос. М. К. К а г р о у. Ог^япиаИоп о! Ер1<1ет1о1о^1са1 Рго1ес11оп о{ (Не Рогсез 1п (Не 81е&е о{ Вапх1{{.....24

Иос. Р. М. К о з з у а к о V. Ргеуеп-(|уе Рторегиез о{ 1Ье ИНЫ Ро-1уусс1пе 1п ВасШагу ЭузеШегу 32

РГОВЕЕМЗ ОР МЕОГСАЕ ЗЕКУ1СЕ ГН АП? РОКСЕЗ

Ьеи1епап1-Со1опе1 А. А. Р и к 11 а 1-зк! 1п<11У1<1иа1 Аррг асН 1п Тга1п1пр о! Ну 1п§ Регзонпе! 1п Н1е Ргсззиге СЬагаЬег.....36

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ

Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

№ 9

СЕНТЯБРЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
«МЕДГИЗ»—1946 — МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ; Москва, 20.

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. Сдано в произв. 16/УП ‘9'6 г. Подп. к печ. 30 Х 146 г. А К7о2. Ф бум. 70Х108/16. Печ. л. 3,5. Учетно-изд. л. 5,7 Зн в 1 п. л. бзССС
Тираж 8 800 экз. Цена 2 руб. Заказ 410

13-я тип. треста .Полиграфкнига’ ОГИЗа при Совете министров РСФСР.
Москва, Денисовский, 30

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИ ЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Подполковник мед. службы М. Л. МЕЕРОВИЧ

О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ В ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД

Война со всеми ее особенностями (характер боевой операции, метеорологические условия, местность, где располагаются бойцы, характер снабжения бойцов) наложила определенный отпечаток на проявление и течение ряда внутренних заболеваний. Установлено, что у 35°/о лиц (из 200 обследованных) в первый период пребывания их в траншеях переднего края кровяное давление повысилось и по мере привыкания бойцов к боевой обстановке постепенно пришло к норме. В периоды наступательных боевых операций повышается удельный вес больных с нарушенным кровообращением. В 12% случаев у них проявляется недостаточность сердечной деятельности. Между тем эти лица считали себя вполне здоровыми. Пневмонии и нефриты в периоды наступательных операций нередко протекают с явлениями недостаточности кровообращения; в частности, нефриты иногда уже в первые дни заболевания сопровождаются острой недостаточностью левого сердца.

58% лиц с функциональными заболеваниями желудка начали жаловаться на болезненные явления в первый период пребывания на фронте. У 78% больных функциональная деятельность желудка была повышена и у 22% понижена. Из всех присущих желудку функций наиболее резко изменялся тонус желудка, что было связано с повышением или понижением тонуса его нервно-мышечного аппарата вследствие нервно-психических переживаний лиц, недавно прибывших на фронт.

У больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в периоды активных боевых операций боли были меньше, чем в обычное время. Видимо, болевой импульс слабее других импульсов, которые в это время получала центральная нервная система.

Наряду с этим, бойцы, постоянно находясь на холоде и в сырости, сравнительно редко болели «простудными болезнями». Например, острый ревматизм крайне редко встречался в действующей армии. Видимо, высокое моральное состояние бойцов и высокий наступательный порыв делали людей менее уязвимыми.

На проявление, а также на течение отдельных внутренних заболеваний большее влияние оказывало обеспечение армии продовольствием. Осенью 1941 г. и весной 1942 г. в периоды затруднений в снабжении продовольствием, особенно мясом и овощами, мы встретились с массовым проявлением синдрома, связанного с неполноценным питанием.

Некоторые внутренние заболевания на фоне неполноценного питания протекали атипично.

Пневмония, в зависимости от фазы алиментарной дистрофии, протекала либо по типу сепсиса, либо ареактивно (без температурной реакции, без лейкоцитоза).

Нефриты сопровождались массивными отеками, и больные с трудом поддавались лечению.

Закончившаяся Великая отечественная война многому научила военных врачей, в частности, терапевтов. По указанию начальника Главного военно-санитарного управления Красной Армии в годы войны создана отдельная отрасль внутренней медицины — военно-полевая терапия.

Установлена стройная система, обслуживания терапевтических больных на различных этапах санитарной эвакуации. Организационные формы этой системы менялись, в зависимости от характера боевой операции.

Армейские терапевты в начале войны робко включались в обслуживание раненых. Затем роль их стала быстро возрастать, особенно в лечении раненных в грудь, живот и находившихся в шоковом состоянии.

В соединениях нашей армии противошоковая палата, как правило, развертывалась при терапевтическом взводе. Командир терапевтического взвода (ведущий терапевт дивизии) наравне с ведущим хирургом отвечал за состояние этих раненых. Последнее способствовало значительному повышению качества медицинского обслуживания шоковых раненых и уменьшило смертность от шока. Так, например, в 1943 г. смертность от шока равнялась 38,8°/с>, в 1944 г. — 31,4%, в 1945 г.— 29,8%.

Война сделала 'армейских терапевтов активными. Эту активность не следует терять и в послевоенный период.

Зойсковому врачу нельзя уподобляться врачам гражданских амбулаторий и в ожидании больных сидеть в своих медицинских пунктах.

Войсковой врач должен знать физическое состояние бойцов своей части. Нужно систематически, не реже одного раза в месяц, проводить медицинские осмотры всего личного состава части.

Мы подробно изучили физическое состояние многих лиц, в числе которых 89,4% рядового и сержантского состава и 10,6% офицеров.

Осмотр был произведен в мае и июне 1945 г., т. е. до начала демобилизации. Совершенно здоровыми [1] из рядового и сержантского состава оказалось 64,3%, из офицеров 47,4%'.

Заболеваемость осмотренных лиц представлена в табл. 1.

Таблица 1

Наименование болезни	В “/о к числу осмотренных	
	рядовой состав	офицерский состав
Язва желудка и двенадцатиперстной КИШКИ . .....- . - -	0,3	0,3
Болезни печени и желчных путей	0,2	0,1
Болезни зубов	6,6	5,8
Хронические гастриты и колиты . .	1,5	2,8
Туберкулез легких[2]		
а) активная форма.....	0,09	0,01
б) неактивная форма.....	0,11	0,39
Малярия:		
а) свежая форма.....	1,9	1,8
б) хроническая	5.9	6,4
Плеврит	0.1	—
Болезни мышц, сочленений и костей	3,0	5,0
Болезни сердца:		
а) органические	0,3	6,5
б функциональные.....	0,6	2,3

[1] Правильнее будет сказать: «практически здоровые». Р е д.

[2] Автор не указывает, каким методом выявлялся туберкулез легких. Большинство авторов приводит более высокие цифры, поэтому приводимые здесь цифры должны быть взяты под сомнение. Ред.

(Продолжение табл. 1)

Наименование болезни	В о/о к числу осмотренных	
	рядовой состав	офицерский состав
Болезни сосудов (гипертония и пр.)	0.2	0,2
Хронические заболевания почек .	0,13	0,1
Болезни органов дыхания нетуберкулезпой этиологии	1,7	3,0
Болезни крови (анемии)	0,2	0,1
Хирургические заболевания . . .	1,0	1,1
Нервные заболевания (эпилепсия, неврастения, истерия).....	0,6	6,3
Глазные заболевания	1,2	З.о
Болезни периферической нервной системы	0,2	0,5
Болезни уха, горла и носа	1,2	1,2
Кожно-венерические заболевания . .	2,9	3,6

Как видно из табл. 1, в числе осмотренных выявлено много лиц, нуждавшихся в дополнительном лечении в домах отдыха, санаториях, на курортах и т. п. Процент лиц, нуждавшихся в лечении, показан в табл. 2.

Таблица 2

	Амбулаторное лечение	Госпитальное лечение	Санаторно-курортное лечение	Отпуск	Отдых при части	Дом отдыха
Офицерский состав	14,3	10,9	30	0,9	0,6	44,3
Рядовой и сержантский состав.....	30,0	23	10	6	7	24

Из этого следует, что в армиях и округах необходимо шире развить сеть домов отдыха и санаториев.

Данные систематических осмотров показывают медицинским работникам войсковых соединений, на что они должны обратить внимание. Мы можем в войсковом звене широко проводить оздоровительные мероприятия в войсковых частях.

Из внутренних заболеваний, выявляемых у бойцов и офицеров, особого внимания требуют хронические болезни органов пищеварения (язва желудка, гастриты, хронические колиты), туберкулез легких, болезни органов дыхания нетуберкулезного происхождения, болезни органов кровообращения.

Теперь, после реорганизации медицинской службы войскового района (усилениэ МСБ рентгеновскими кабинетами, клиническими, лабораториями и опытными врачами-терапевтами за счет расформировываемых армейских госпиталей), имеется возможность более детально обследовать выявленных больных.

После демобилизации и отсева больных Советская Армия как по возрастному, так и по физическому состоянию своих контингентов приближается к армии довоенного периода.

В довоенный период у лиц молодого возраста преобладали заболевания, при которых функциональные расстройства выявлялись на нервном фоне, анатомические же изменения со стороны тех или иных органов стояли на втором месте. Отсюда следует, что основное внимание военных врачей должно быть направлено на изучение начальных форм заболеваний. Эта глава внутренней медицины еще мало изучена.

Необходимо выработать и внедрить в практику войсковых врачей определенную методику обследования различных групп больных; наладить учет имеющих те или иные функциональные нарушения, организовать постоянное наблюдений за ними. Наблюдение должно вестись в динамике, при выполнении этими лицами обычных служебных обязанностей. Это значительно поможет лечащему врачу своевременно выявлять заболевших.

Наблюдение за больными в войсковой части мы вели по определенному методу:

1. У лиц с нарушением кровообращения учитывали пульс, дыхание, фиксировали отеки (если они были), изменения в окраске кожных покровов и видимых слизистых, состояние периферических сосудов до работы, во время работы и после нее.

2. У лиц с желудочными заболеваниями фиксировали повседневное поведение больных при приеме пищи и затем исследовали их по определенной схеме: подробный анамнез, указание больным (одним пальцем) места локализации боли, определение болезненного участка при пальпации брюшной стенки и изменчивости болезненности, в зависимости от фазы дыхания и напряжения брюшного пресса, определение феномена адаптации к боли при длительном раздражении кожи в области болевого участка.

Эта схема при обследовании различных категорий больных помогает войсковому врачу разобраться, настоящий это или мнимый больной, нуждается ли он в более детальном клиническом обследовании.

Наши наблюдения над ранними формами заболеваний желудка позволяют рекомендовать подробное изучение различных функций желудка (секреторной, моторной и экскреторной) в их динамике под воздействием нейро-гуморальных факторов. Для здорового организма характерна содружественность действия секреторной, моторной и экскреторной функций желудка на нейро-гуморальные факторы (физическая нагрузка, психическое раздражение, введение парэнтерально протеина или инсулина и др.). Проявление диссоциации между отдельными функциями в одних случаях как ответ на психическое воздействие, в других — как ответ на физическую нагрузку и т. д. может свидетельствовать о начинающемся заболевании и дает возможность своевременно и глубже вникнуть в сущность болезненных нарушений желудка. Очень затруднительно раннее выявление туберкулезных больных. Даже при систематических врачебных осмотрах всего личного состава не всегда удается выявить ранние формы туберкулеза легких. Поэтому ,мы поступали так: немедленно после выявления туберкулезного больного подробно клинически обследовали всех лиц, находившихся с больным в контакте (термометрия, рентгенологическое и лабораторное исследование). Лиц, состояние которых дает повод хотя бы для малейшего подозрения на туберкулез, мы обследовали более детально и брали под особое наблюдение.

Таким образом, основная работа по раннему выявлению больных в воинской части ложится на войскового врача. Войсковой врач должен иметь ясное представление о патогенезе чаще всего встречающихся заболеваний и уметь выявлять функциональные расстройства различных органов и систем. Иначе говоря, войсковой врач должен иметь определенные знания.

Поэтому необходимо серьезно заняться повышением врачебной квалификации войсковых врачей.

Сейчас в связи с укреплением МСБ можно широко пользоваться практикой прикомандирования войсковых врачей к МСБ. Работа в качестве ординатора МСБ много даст молодому врачу. Нам кажется, необходимо также, чтобы каждый войсковой врач приобрел ту или иную (по желанию) врачебную специальность. Специализация войсковых

врачей повысит их врачебную роль, поднимет на более высокую ступень лечебную работу и, в частности, терапевтическую.

Поскольку мы считаем, что необходима специализация войсковых врачей, было бы рационально на одного из полковых врачей возложить обязанности полкового терапевта и ответственность за постановку терапевтической работы в полку. Полковой терапевт должен иметь постоянный контакт с дивизионным терапевтом (командиром терапевтического взвода).

Нужно также сохранить практику военного времени, когда выявленные ошибки нижестоящих этапов санитарной эвакуации (в оформлении истории болезни, методике обследования и лечения больного и т. д.) подвергались подробному разбору в присутствии врачей этого этапа.

★

Подполковник мед. службы П. Д. ФЕОФИЛОВ

ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА ПО МАТЕРИАЛАМ МЕЖАРМЕЙСКОЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ БАЗЫ 3-го БЕЛОРУССКОГО ФРОНТА

Межармейская госпитальная база как самостоятельная единица на 3-м Белорусском фронте была создана в период наступательной Восточнопрусской операции. В этой базе должны были получать квалифицированную медицинскую помощь раненые и больные, поступающие из частей, действующих на наиболее ответственных направлениях фронта.

Объем хирургической работы лечебных учреждений межармейской госпитальной базы, несмотря на приближение ее к войскам, был одинаковым с объемом хирургической работы госпитальной базы ФЭП. Но вблизи сражавшихся войск межармейская госпитальная база не могла иметь такие же условия для работы, как госпитальная база ФЭП. Поэтому и результаты лечения огнестрельных переломов бедер не могли быть идентичными.

Межармейская госпитальная база имела специализированные, профилированные и общехирургические госпитали общей емкостью на несколько тысяп раненых и больных.

Для обслуживания раненых с переломами бедер отводилось 500—800 коек. Отдельных госпиталей для лечения этих раненых в нашей госпитальной базе не создавалось. Раненных в бедро лечили вместе с раненными в крупные суставы, и поэтому госпитали имели два отделения: 1) для лечения огнестрельных переломов бедер и 2) для лечения ранений крупных суставов (тазобедренный и коленный). .

Эти госпитали'развертывались на базе ХППГ и эвакогоспиталей, им придавалось необходимое количество медицинского (старшего и младшего) персонала. Отделение для раненых с огнестрельными переломами в лечебном отношении являлось самостоятельным и имело нужное оборудование. Во главе отделения стоял ведущий хирург госпиталя или специалист из бедренной, группы ОРМУ.

Все раненые с переломами бедер поступали из армейских лечебных учреждений (МСБ и ППГ первой линии) в сортировочный госпиталь нашей базы. Последний госпитализировал у себя только нетранспортабельных раненых, а всех остальных направлял в бедренные отделения специализированных госпиталей.

В бедренных отделениях проводилось консервативное (88,7%) и активное хирургическое (14,3%) лечение. Оперативное лечение проводи-

лось в зависимости от клинического проявления инфекции, а не от характера разрушения костей.

Всех поступивших раненых с переломами бедер при первичном осмотре, в зависимости от сроков ранения и клинического течения огнестрельного перелома, делили на пять основных групп: 1) имевшие температуру до 38°, давность ранения до 3 суток и хорошую иммобилизацию шинами Дитерихса; 2) имевшие температуру до 38°, давносп ранения до 3 суток и плохую иммобилизацию шинами Дитерихса; 3) имевшие температуру до 38°, давность ранения свыше 3 суток и общее хорошее состояние; 4) имевшие температуру свыше 38°, независимо от давности ранения и состояния иммобилизации; 5) имевшие осложнение газовой инфекцией.

Деление раненых с переломами бедер на группы сразу определяло действия хирурга. ■

Раненых первой группы помещали в палаты для наблюдения. При благоприятном течении перелома они находились здесь до начала четвертых суток с момента ранения, ожидая наложения глухих гипсовыз повязок. При повышении температуры свыше 38° и ухудшении общего состояния таких раненых переводили в другие группы и в зависимоств от этого им оказывали ту или другую помощь.

Раненым второй группы крепили шины Дитерихса и заменяли непоказанные шины. Как и раненых первой группы, их помещали в палате для наблюдения.

Раненые третьей группы сразу же после прибытия поступа'ли в перевязочную на стол системы Юдина. Здесь снимали шину Дитерихса, осматривали раны. Если противопоказаний не было, после соответствующего туалета раны под контролем рентгена репонировали отломке и накладывали глухую гипсовую повязку. Противопоказанием к на ложению глухих гипсовых повязок были выраженные явления инфекции: обширные гнойные налеты, отеки тканей, отсутствие хорошего зияния ран и в редких случаях большое смещение костных отломков, труднс репонируемых на столе Юдина.

Всех загипсованных раненых с переломами бедер на сутки помещали в палаты-сушилки и оттуда в палаты для выяснения характера течения перелома под гипсовой повязкой. Нормальная температура, отсутствие болей в ране и конечности свидетельствовали о гладком течении раневого процесса. Высокая температура, лейкоцитоз, высокая реакция оседания эритроцитов, боли в ранах или конечности, септический ЬаЬНиз служили показанием к снятию гипсовых повязок и производству дополнительных хирургических операций (вскрытие образовавшихся затеков, повторная хирургическая обработка и т. д.). Всех раненых, у которых процесс протекал гладко, через 4—5 дней после наложения гипса при удовлетворительном стоянии костных отломкоя (что проверялось рентгеновским исследованием через гипсовую повязку) назначали на эвакуацию в тыл.

Раненые четвертой группы в день прибытия та/же сразу поступала в перевязочную, где снимали шину Дитерихса и повязку. Этим раненым, в зависимости от клинического проявления инфекции, сразу (или после дополнительной хирургической обработки) накладывали клеевое вытяжение на 5—10 дней. При клеевом вытяжении мы применяли груз в 6—7 кг, а конечность укладывали на шину с углом сгибания в коленном суставе в 15°.

Раненых пятой группы сразу изолировали из общего потока и направляли в газовые отделения.

Состояние раненых с переломами бедер, прибывших на нашу госпитальную базу, характеризуется следующими данными: с нормально! температурой прибыло 17,1%, с температурой до 38°—66,2%, с температурой выше 38° — 16,1%, в шоковом состоянии — 0,6%.

Были иммобилизованы шинами Дитерихса 97,3% (из них с гипсовым креплением 91,1%), шинами Крамера и фанерными шинами 2,7%.

Удовлетворительной иммобилизация признана у 90,7% раненых и неудовлетворительной (отсутствие гипсового крепления, частичное гипсовое крепление и противопоказанные шины) — у 9,3%.

53% поступивших раненых при первичном осмотре имели свежие раны, 27,9% — раны с гнойными налетами, 19,1% — раны с некротическими участками тканей и отеком.

Более 70% раненых с переломами бедер поступили в течение первых 4 суток с момента ранения и около 30% поступило после 4 суток.

На нашей госпитальной базе 65% раненых с переломами бедер наложены глухие гипсовые повязки в день снятия шин. Всего же гипс наложен 84,5% поступивших раненых. Обычно гипсовые повязки накладывали по истечении 3 суток от момента ранения. Так, на 4-й день повязки были наложены 44,6% раненых, на 5-й день 9,3%, на 6-й день 17,7%, на 7-й день 5,8%, на 8-й день 3,8%, на 9-й день 2,6%, на 10-й день 2,7%, позже 10 дней 8,2%, всего 84,5% раненых.

Эти данные говорят о том, что около половины всех раненых к 4-му дню после ранения находились в хорошем состоянии и были загипсованы.

Отметим, что 7,4% раненых, которым гипсовые повязки были наложены в разные сроки от момента ранения, пришлось через 4—8 дней, ввиду развивающейся интоксикации, снять пипс и перейти на клеевое вытяжение.

Клеевое вытяжение было наложено 33% раненых (в 26,6% случаев в день снятия шин). Основная масса (20,2%) из этого числа находилась на вытяжении 4—5 дней, 2,21% 6—7 дней и только 9,7% больше 7 дней. Кратковременность клеевого вытяжения говорит о том, что инфекция была не очень сильна и для ликвидации ее после соответствующего хирургического вмешательства потребовались короткие сроки.

Раненых с огнестрельными переломами бедер, осложненными газовой инфекцией, после широких разрезов укладывали на скелетное вытяжение, которое наложено 5,2% всех поступивших раненых.

14,3% раненых с переломами бедер потребовали повторных операций. Повторные операции производились одинаково часто как после радикальных иссечений, так и после, обычных рассечений и иссечений с контрапертурами. Воспалительный очаг в кости по существу является острым остеомиэлитом и нередко сопровождается резкой интоксикацией и септическим состоянием. Вмешательства на костях производились не ранее 10-го дня со времени ранения. Этот день мы рассматривали как момент, указывающий (при высокой температуре и плохом состоянии раненого) на необратимость процесса при консервативном лечении.

Операции на кости при резкой интоксикации или сепсисе были сделаны 5,7% раненых, поступивших в соответствующие отделения.

При повторных операциях на костях, вызванных развивающимся концевым остеомиэлитом, резекция концов кости производилась в пределах здоровых костных тканей. Резекцию бедренной кости при дефекте в ней больше 12—14 см мы делали редко, но считали ее допустимой. Если дефект кости приближался к 20 см, признавали показанной ампутацию.

Ампутации на нашем этапе сделаны 7,3% раненых, в том числе ампутации по поводу септических осложнений и газовой инфекции. Ампутации при сепсисе, тяжелых интоксикациях и газовой инфекции производились, когда другие методы лечения оказывались бессильными и лишь ампутация еще давала надежду на спасение жизни раненого. Сепсис с тяжелыми интоксикациями наблюдался у 9,7%, а газовая инфекция у 8.1% раненых. Исходы этих осложнений приведены в следующей таблице.

Осложнения	% случаев к числу поступивших раненых	Ампутировано	Эвакуировано	Умерло	Передано госпитальной базе ФЭП при передислокации
Газовая инфекция . . .	8,1	54,2	27,8	43,1	29,4
Сепсис.....	9,7	27,9	53,4	12,1	34,5

Из таблицы видно, что ампутации при газовой инфекции производятся почти в 2 раза чаще, чем при сепсисе, и смертность при газовой инфекции в 3'/г раза выше.

Общая смертность среди раненых с переломом бедра составляет 4,7%. Эвакуировано 76,7%, передано госпитальной базе ФЭП при передислокации 18,6%.

Выводы

1. Межармейская госпитальная база фронта, наиболее подвижная и передовая, имеющая большое количество госпиталей, как самостоятельная организация вполне оправдала себя и явилась жизненно необходимой единицей в системе санитарной службы фронта в период наступательной Восточнопрусской, операции.
2. При поступлении в сутки от 2 000 до 3 000 раненых и при хорошей эвакуации, для раненых с огнестрельными переломами бедра и крупных суставов вполне достаточно 500—800 коек.
3. Создание госпиталей с отделениями для лечения раненых с огнестрельными переломами бедер и для лечения раненных в крупные суставы вполне рационально, так как в одном госпитале объединялись более тяжелые раненые, требующие почти одинаковых организационных мероприятий.
4. ХППГ и эвакогоспитали являются вполне подходящей базой для развертывания в них отделений для лечения раненых с огнестрельными переломами бедер и раненных в крупные суставы при условии усиления их необходимым медицинским персоналом из ОРМУ (бедренной группы, гипсовальных групп, рентгеновской группы) и имуществом.
5. Сортировка раненых с переломами бедер в день поступления их в госпиталь по пяти группам обеспечивала нормальную работу бедренного отделения госпиталя.
6. Гипсование раненых с огнестрельными переломами на 4-е сутки после ранения является самым ранним и в то же время своевременным мероприятием в этапном лечении и исключает возможность клинического проявления газовой инфекции, что подтверждают наши наблюдения.
7. Клеевое вытяжение как лечебное мероприятие в этапном лечении раненых с огнестрельными переломами, осложненными гнойной инфекцией, позволяет на 7—10 дней создать необходимый покой раненой конечности, наблюдать за состоянием раны и конечности и решать, в зависимости от стихания или нарастания клинического проявления инфекции, вопросы дальнейшего лечения.
8. Повторные операции — неизбежное зло. Их приходится производить одинаково часто как после, радикальных иссечений, так и после обычных рассечений и иссечений с контрапертурами.

Капитан мед. службы Г. Л. КАБАКОВ

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ ОБРАБОТКИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА ПО ЮДИНУ В ВОЙСКОВОМ РАЙОНЕ

Бригада врачей нашего СЭГ была направлена в войсковой район во время боев за освобождение Новороссийска и Таманского полуострова. Одному из ХППГ первой линии, был придан травматологический профиль. В госпиталь поступали раненые с переломами трубчатых костей, в том числе и с переломами бедра. Бригада привезла свой цуг-аппарат конструкции майора мед. службы Певзнера, авто-рентгеноустановку, инсуфляторы и кружки для промывания ран.

В основу лечения раненых мы положили комплексный метод проф. Юдина: широкое хирургическое иссечение ран, обильная местная и общая сульфамидотерапия, глухая долгосрочная гипсовая повязка.

Подавляющее большинство раненых принадлежало к десантным войскам, которые штурмовали Новороссийскую бухту. Кровопролитные бои шли днем и ночью.

Несмотря на то, что воды бухты все время контролировала артиллерия и авиация противника и эвакуация раненых была возможна только ночью, к нам в ХППГ раненые поступали не позже первых суток с момента ранения.

Как во время боев за освобождение Новороссийска, так и во время боев за освобождение Таманского полуострова наш подход к оказанию помощи раненым с огнестрельными переломами бедра и лечение их были едиными. Раненные в бедро поступали в сортировочное отделение. Во время сортировки нуждающимся в операции вешали на шею цветной маркировочный талон, па красном фоне которого выделялась большая белая буква «О». Это означало «операционная».

Тут же выделяли группу раненных в бедро, находившихся в шоковом состоянии. Этих раненых немедленно изолировали в шоковую палату (или палатку), где осуществлялся весь комплекс противошоковых мероприятий. Каждому раненому давали две химические грейки, 200 г вина, вводили 2 см^3 1% раствора морфина, делали переливание крови (от 500 до 1 000 см^3 и выше) и затем укрывали теплым одеялом.

Нужно подчеркнуть значение тепла. Хорошее согревание раненого достигается двумя химическими грелками и укутыванием его в шерстяное одеяло. Эти простые мероприятия до введения морфина, крови и алкоголя значительно облегчают состояние раненого. Когда ему без излишней медлительности еще вводят морфин, дают алкоголь и горячий чай и, наконец, переливают кровь, раненый выходит из состояния шока. После этого больной легко переносит широкое хирургическое иссечение и одномоментную репозицию отломков.

Тех же раненых, состояние которых в общем было хорошее, направляли из сортировочного отделения в санитарный пропускник и оттуда в рентгеновский кабинет для рентгенографии бедра в двух проекциях. Затем раненый с еще сырым снимком поступал в бедренную операционную. В операционной было установлено два цугаппарага и дополнительно третий стол. Первого поступившего раненого немедленно начинали готовить к операции: вводили 2 см^3 20% раствора кофеина, 2 см^3 1% раствора морфина, 1 см^3 5% раствора эфедрина и переливали 500 см^3 крови. После этого раненому делали спинномозговую анестезию.

Когда начиналось аналгезирующее действие новокаина, конечность освобождали от транспортных шин и повязок, раненого укладывали на цугаппарат, бедро внимательно осматривали, измеряли и одновременно заполняли историю болезни.

Две сестры из бригады тщательно обмывали мыльной водой всю конечность. До мытья края развороченных мягких тканей сближали

друг с другом узловатыми временными шелковыми швами. Выбритую и вымытую конечность смазывали по всей длине иодом, обкладывали стерильными простынями и полотенцами и приступали к операции.

Техника операции заключалась в следующем: кожу вместе с подкожножировой клетчаткой и апоневрозом иссекали вокруг раны ромбовидным или эллиптическим разрезом. После иссечения хирург менял перчатки и инструмент. Кожный край раны обкладывали салфетками и начинали широкое хирургическое иссечение некротизировавшейся мышечной ткани.

В качестве показателя безжизненности мышечной ткани мы приняли принцип, выдвинутый Леметром: отсутствие сократимости, отсутствие кровоточивости и «вареный» вид ткани. Все свободно лежащие костные отломки и инородные тела, если они были, удаляли. Очень, мелкие костные отломки, глубоко внедрившиеся в мягкие ткани, когда их нельзя было удалить пинцетом или пальцем, вымывали сильной струей теплого физиологического раствора. Острые шипы костных отломков, скелетизированные и лишенные костного мозга, откусывали щипцами Люера или Листона. Тщательный гемостаз. Затем производилась одномоментная тракция конечности при помощи полиспаста, и под контролем пальцев фрагменты сломанного бедра и костные отломки, связанные с надкостницей и мягкими тканями, устанавливали в стык окровавленными поверхностями.

Всю раневую поверхность обильно припудривали через инсуфлятор белым стрептоцидом или смесью стрептоцида с сульфидином в пропорции 200 г стрептоцида и 100 г сульфидина. Кожу подшивали кетгутом к глубоким мышечным фасциям так, чтобы получилась воронкообразная полость, конической частью обращенная к перелому.

Вслед за операцией две гипсовальных сестры из бригады накладывали раненому глухую высокую кркситную повязку с овальным поперечным окном в середине живота.

Пока на первом цугаппарате накладывали кокситную повязку, на втором столе уже был подготовлен к операции второй раненый. Кончив первую операцию, хирург мыл руки, производил спинномозговую анестезию, раненого подвешивали на цугаппарат, и начиналась очередная операция.

Такая техника операции применялась для тех, кто был ранен не более 12 часов назад. Если же с момента ранения проходило больше 12 часов, мы, помимо широкого хирургического иссечения основных ран, накладывали дополнительную воронкообразную контрапертуру по наружной поверхности бедра через т. уазйщ 1а1егаГ18. Этой дополнительной воронкообразной контрапертурой обеспечивалась эвакуация отделяемого из раны в толщу гипса.

Всех раненых после операции и наложения глухой кокситной гипсовой повязки переносили из операционной на непрогибающихся носилках в палату (или палатку). Здесь им по Безредке вместе с жидкостью Сельцовского вводили внутривенно 30 000 АЕ поливалентной противогангренозной сыворотки. На следующий день больному начинали вводить (капельным способом) 0,85% раствор белого стрептоцида. В течение 4—6 дней подряд вводили от 700 до 1 000 см^3 этого раствора. Иногда давали стрептоцид рег оз 6 г в день. Раненного в бедро после операции выдерживали 6 дней, а потом эвакуировали в глубокий тыл для долечивания.

Для иллюстрации привожу одну историю болезни.

Раненый Л. Диагноз при поступлении: слепое пулевое ранение левого бедра с повреждением кости. Ранен пулей 15.1Х в 9 часов. Первую помощь оказал санинструктор— перевязка индивидуальным пакетом. Через час на ПМП была введена противостолбнячная сыворотка, конечность иммобилизована шиной Дитерихса и через 9 часов раненый доставлен в госпиталь. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, кровяное давление 120/65.

В средней трети левого бедра на наружной поверхности рана размером 2 X 1 см *с* кровянистым отделяемым. Бедро укорочено на 4 см, га.тифеобраано деформировано. На уровне раны определяется патологическая подвижность.

Рентгенография: многооскольчатый перелом левого бедра в средней трети с наличием инородного тела у места перелома: дистальный фрагмент смещен кверху и внутрь. Под спинномозговой анестезией, в области раны, по наружной поверхности бедра ромбовидным разрезом произведено широкое иссечение мягких тканей; свободно лежащие костные отломки и пуля удалены. Гемостаз. Рана вымыта сильной струей теплого физиологического раствора. Раневая поверхность обильно припудрена стрептоцидом. Кожа подшита к глубоким фасциям. Окклюзионная гипсовая повязка. В течение 6 дней подряд раненому вводили внутривенно капельным способом 0,85% раствор белого стрептоцида. Дважды переливали кровь по 500 см' с интервалом в3дня. Первые 2 дня температура была субфебрильной, последние 4 дня — нормальной. Через 6 дней с момента поступления в госпиталь раненый эвакуирован в глубокий тыл в хорошем состоянии я с хорошим положением костных фрагментов.

У всех без исключения раненых за день до эвакуации делали повторную рентгенографию бедра в двух плоскостях. Как показал анализ рентгенограмм, у 92% раненых было отмечено хорошее стояние костных отломков, в 2% случаев — значительный диастаз и в 4% стояние фрагментов оказалось неудовлетворительным (при высоких под-, вертельных переломах).

Всего за наступательную операцию в районе Новороссийска и Таманского полуострова обработано по комплексному методу 102 раненых с огнестрельными повреждениями бедер. У 40 из них ранение было нанесено осколками артиллерийских снарядов, у 15 — осколками авиабомб, у 17 — осколками мин и у 30 раненых — пулями.

Комбинированные ранения с тазобедренным суставом имели 2 человека, повреждения верхней трети бедра — 16, средней трети — 54, нижней трети — 25, комбинированные ранения с коленным суставом — 4, двусторонние переломы — 1 человек. *

Результаты лечения: эвакуировано в глубокий тыл в хорошем состоянии с нормальной температурой 90 человек;- эвакуировано во фронтовой тыл в удовлетворительном состоянии с субфебрильной температурой 4 человека; умерло от шока 2; осложнения анаэробной инфекцией были у 4 человек, из них 2 умерло. Кроме того, двое умерли от других причин. Один раненый, помимо огнестрельного перелома правого бедра, имел проникающее ра*нение в грудную полость с повреждением перикарда и кровоизлиянием в его полость. Смерть последовала от тампонады сердца. Другой, кроме бедра, был ранен еще и в брюшную полость, с множественным разрывом кишечника и повреждением печени.

Немногочисленность материала не позволяет делать окончательные выводы. Однако считаем нужным высказать некоторые соображения:

1. Необходимо при каждой армии в составе ОРМУ создать специальную бригаду в составе 9 человек: начальник бригады — травматолог, врач-ординатор, квалифицированная сестра по подготовке раненых к операции, две сестры-гипсовальщицы, операционная сестра, два санитара и одна санитарка. Только при этих условиях можно оказать квалифицированную помощь тяжело раненому с переломом бедра.

2. Брйгада должна работать в ХППГ первой линии или в ППГ второй линии, где имеются наиболее благоприятные условия для работы и раненые находятся в сравнительной безопасности.

★

Кандидат мед. наук А. С. ЛИБЕРФАРБ

О СОПУТСТВУЮЩЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВОЕННО-ОСЛЕПШИХ

Утрата зрения в результате ранения столь сильно дезорганизует психику, что психическая травма часто заслоняет собой соматическую и становится доминирующей.

Под нашим наблюдением находилось 107 военноослепших. Из них 49 человек (45,8н/о) было депрессивных, замкнутых в себе и подавленных размышлениями об ожидающей их участи.

Наше внимание прежде всего было обращено на сопутствующие ранения, как отягощающие. В числе военноослепших у 11 человек были сопутствующие ранения в голову, у 29 человек — в верхние конечности, у 15 — в нижние конечности и у И человек одновременно были повреждены и верхние, и нижние конечности. *

Наиболее отягощающими являлись ранения верхних конечностей: 15 человек из 29 находились в депрессивном состоянии. Ранения одновременно верхних и нижних конечностей были менее тяжелыми: в депрессивном состоянии в этой группе находилось 3 человека из 11. Но все же даже тяжелые ранения обеих верхних конечностей не являлись решающими. 'Мы наблюдали юношу, лишенного зрения, у которого были ампутированы оба предплечья, и тем не менее он сохранил бодрость п был горд возможностью самообслуживания с помощью протезов.

Тяжело сказывались и ранения головы, особенно контузии головы с последующими мозговыми явлениями. Контузии головы отмечены, у 32 человек, в депрессивном состоянии находилось 11 человек (34,4%). Но очевидно, что и этого рода сопутствующие травмы не являлись ре--тающими для психики раненого.

. По возрасту военноослепшие распределялись так: до 20 лет— 17 человек, от 21 года до 30 лет — 51, от 31 года до 40 лет — 27 и от 41 года до 55 лет— 12 человек. Чем старше возраст, тем тяжелее раненый переносит утрату зрения. В возрасте от 40 до 45 лет было 10 ослепших, из'Них 7 (т. е. 70%) — депрессивных.*

По семейному положению военноослепшие распределялись следующим образом: женатых — 49 (45,7%), холостых—19 (17,7%), утративших связь с семьей — 36 (33,6%), отвергнутых — 3 (2,8%); при этом среди женатых в депрессивном состоянии находилось 23 человека (46,8%), среди холостых — 7 (36,8%), среди утративших связь с семьей—17 (47,3%) и среди отвергнутых — 2 (66,6%).

Таким образом, депрессивных среди бессемейных больше, чем среди семейных. Мы наблюдали двух военноослепших, отвергнутых женами из-за потери зрения. Оба не столько были подавлены утратой зрения, сколько семейной травмой.

<- Мы наблюдали юношу из дружной, хорошей семьи. Отец его —-майор, мать и сестра — врачи, а два брата — офицеры. Вся ^емьч находйлась на фронте. Первое время юнодпа бодрился, стремился приспособиться к новым условиям существования, самостоятельно обслуживал себя, передвигался без провожатого, изучал систему Брайля. Но, не получая ответа на свои письма к родным, он впал в депрессивное состояние и замкнулся в себе.

Другой раненый, тоже сначала настроенный бодро, не получая долгое время ответа от жены, решил, что она отвергла его, и поддался упадочному настроению.

И наоборот, мы наблюдали огромное количество случаев, когда бодрый и теплый ответ родных и близких был для раненого призывом к жизни, повысил его бодрость, укрепил веру в себя и свое будущее.

Известное значение для состояния ослепших имеет образование. Так, например, среди не'окончивших четырехлетки было 13 депрессивных (72,2%), среди окончивших четырехлетку — 30,3%, семилетку— 41,1%, десятилетку — 55,5%; 6 военноослепших имели высшее образование, причем депрессивных среди них не было, т. е. наиболее травматизируемыми психически были лица с низшим образованием.

Больше депрессивных было среди сержантского состава. Это объясняется преобладанием в этой группе лиц с незаконченным образованием.

Приведенные цифры говорят, таким образом, о некоторой закономерности проявления психической травмы. Закономерность эта еще требует уточнений, но уже и сейчас она дает направление мысли врача и может служить основой для выбора методики неспецифической терапии.

Конечно, нельзя отрицать того, что и соматическая травма оказывает огромное влияние на психику, но решающая роль, очевидно, принадлежит не ей. Человека делает человеком не зрение, а социальная среда, социальная установка в жизни. Одним из наиболее мощных факторов социального воздействия является труд.

Как же обстоит дело в этом направлении в наших госпиталях?

В некоторых госпиталях досуг недостаточно организован. Время не заполнено, твердого распорядка нет. Основные мероприятия (кино, библиотека, настольные игры и т. п.) приспособлены для зрячих. Это подчеркивает отрыв военноослепших от общей массы и еще более сосредоточивает их мысли на утрате зрения. Военноослепших обслуживают, стараются устранить с их пути препятствия и тем самым укрепляют чувство зависимости от зрячих. Между тем надо всем режимом госпиталя активизировать военноослепших.

Если нет медицинских противопоказаний, нужно с первого же дня поступления в госпиталь приучать военноослепших к самообслуживанию и самостоятельной ходьбе. Помощь зрячих допустима лишь в первые дни, причем объем ее должен быстро сокращаться. Необходимы в этом отношении твердые требования, отступлений допускать нельзя. Даже когда ослепшего еще водят, следует одновременно ознакомлять его с окружающей обстановкой, подготовлять к самостоятельной ходьбе.

Так как первые попытки самостоятельной ходьбы нередко сопровождаются травмами, то, чтобы избежать этих запугивающих травм, следует давать раненым палки, не требуя, однако, обязательного пользования ими. Подход нужно строго индивидуализировать, помня указание Фишера и Брауна: «Каждый ходит по-своему».

Палки для ходьбы должны быть легкими, длинными, тонкими, чтобы они могли служить как бы щупальцами. Верхний конец палки следует согнуть дугой или приделать к нему ременное кольцо, чтобы палку можно было надеть на руку или одежду. .

В качестве лечебного мероприятия должны войти в обиход гимнастические упражнения для' выработки четкости, точности и непринужденности движений. Отсутствие зрения не позволяет раненому корректировать свои движения. Поэтому проверка качества выполнения упражнения падает на инструктора-физкультурника. Лучше всего участников упражнений разделить на группы по 5—10 человек.

Гимнастические упражнения вместе с тем могут помочь приобщению военноослепших к трудовой жизни. Труд — лучшее средство для борьбы с депрессией. Наше обследование показало, что военноослепшие, знавшие до ранения трудящихся-слепых, Значительно легче включались в общую жизнь и легче приспособлялись к ней. Но, предусматривая трудотерапию и трудоустройство военноослепших, не следует, однако, стремиться к организации искусственно приспособленных примитивных мастерских. На каждом предприятии, особенно входящей

в систему кооперации инвалидов, есть работа, которую может выполнять военноослепший. При содействии райсобесов следует войти в соглашение с близлежащими предприятиями и организовать при госпиталях небольшие филиалы цехов. Как только не будет медицинских противопоказаний, нужно направить военноослепших организованным порядком на работу. В некоторых случаях можно рекомендовать направление для работы непосредственно на предприятие. Работа военноослепшего оплачивается на общих основаниях, и это будет служить лучшим стимулом к ее выполнению. Участие в трудовой жизни лучше всяких слов воздействует на психику.

Такая трудовая терапия вместе с тем приблизит органы собеса к вос-нноослепшим. Между тем райсобесы — мы это должны отметить — дают военноослепшим после выписки их из госпиталя направления на работу случайного порядка. Этим объясняется тот факт, что добрая половина военноослепших не работает, а случаи хорошего устройства их на работе единичны.

Надо организовать при госпиталях периодические консультации, чтобы помочь ослепшим использовать их права, предоставляемые им льготы и ориентировать в бытовых вопросах. Одновременно необходимо расширить и углубить общение с организованными слепыми, сделав его систематическим. В этом основная задача помощи военноослепшим со стороны органов Всероссийского объединения слепых. Общение со слепыми, знакомство с их бытом, семейным и общественным положением имеет для них большое положительное знзение. Конечно, и грамота — фактор огромного социального значения. Но терапевтическое воздействие на военноослепших надо начинать не с обучения их системе Брайля, а с общего социального воздействия. Лишь затем, в порядке углубления социального воздействия, нужно обучать чтению по Брайлю.

★

Майор мед. службы А. А. АЛЕКСЕЕВ

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТРИХОМОНАДНОГО УРЕТРИТА У МУЖЧИН

Клиническое течение трихомонадных уретритов имеет большое сходство с хронической, а иногда и острой формой гонорреи. Практическим врачам необходимо постоянно иметь это в виду и не начинать лечения гонорреи без лабораторных исследований.

Трихомомадные заболевания лучше изучены гинекологами, описавшими Ирихомонадные кольпиты (Хенэ, Кватер и др.). В последние годы описаны трихомонадные уретриты у женщин (Елистратова, Кан, Крепцель, Янисова, Либерман, Вавилова и Аккерман).

Вопрос о возможности» поражения трихомонадами мужского мочеиспускательного канала изучен сравнительно мало. ■

В 1893 г. Миура обнаружил трихомонадного паразита в первой и второй порция свежевыпушенной мочи у 52-летнего мужчины, не испытывавшего никаких болезненных ощущений. В 1894 г. Маршин наблюдал трихомонадный уретрит у 60-летнего мужчины, а Док в 1896 г. обнаружил трихомонадный уретрит у 27-летнего мужчины, страдавшего в течение 12 лет императивными позывами и гематурией.

Ничке, обследуя 40 больных мужчин с неспецифическими уретритами, у 5 человек обнаружил трихомонады. У одного из этих больных был диагносцирован простатит. Грисс, обследуя 25 мужчин, страдавших неспецифическими уретритами, у 5 из них нашел трихомонадного паразита. Чапек тоже описал 2 случая трихомонадного уретрита у мужчин. Родекурт описал рецидивирующий трихомонадный уретрит, который по его наблюдениям, сопровождался утренней каплей, резью и жжением при мочеиспускании.

Интересно отметить, что Родекурт у 25 мужчин нашел трихомонад в эякуляте. Обследуя жёи этих больных, он обнаружил у них трихомонадные кольпиты.

Известны также указания американских авторов, что при длительном течении трихомонадных поражений у мужчин очагом инфекции является простата. Так, Карнель и Риба наблюдали 3 случая трихомонадного поражения простаты. Трихомонад-

»ые заболевания простаты обнаружены Пелюзом, Алленом и Друммондом. Мужчины были женаты и при обследовании у их жен тоже обнаружены трихомонадные кольпиты.

В последнее десятилетие появились 4 работы советских авторов, посвященные этому вопросу. Ротницкий (1938) описал 25 случаев трихомонадного уретрита, Матвеев (1939) наблюдал 20 случаев, Гнуздев (1941) — 3 случая, Маилов — 30 случаев.

В период Великой отечественной войны я за два года клинически и лабораторно диагносцировал 58 случаев негонорройных заболеваний мочеиспускательного канала, мочевого пузыря и Простаты у мужчин в возрасте от 20 до 46 лет. Из них 38 человек были холосты и 20 женаты. Все заболевшие находились в действующих частях, начиная с 1941—1942 гг.

При поступлении в часть четверо страдали хроническими простатитами, двое — простыми уретритами и один — явлениями хронического цистита. 51 человек заболел уже в армии после случайных половых сношений с незнакомыми женщинами. 16 человек в прошлом (примерно 8—13 месяцев назад) перенести острую форму гонорреи и после амбулаторного или госпитального леченид возвратились в строй как полностью излеченные и практически здоровые. Остальные 35 человек отрицали заболевание острой и хронической формой гонорреи в прошлом.

У двух из этих больных на основании неоднократных лабораторных исследований мочи и отделяемого уретры мы диагносцировали трихомонадный уретрит.

1. Больной Д., 30 лет, холост. В октябре 1942 г. имел половое сношение с незнакомой женщиной. Через Р/г месяца почувствовал незначительную боль режущего характера в начале мочеиспускания, зуд в переднем отделе мочеиспускательного канала, слипание наружного отверстия и скудное гнойное выделение. При сидении отмечается ноющая боль в переднем отделе уретры. Находясь в Саратове, обратился к врачу, который диагносцировал раздражение мочеиспускательного канала и назначил теплые марганцовокислые промывания в течение 3 дней. Улучшения не наступило. После этого больной обратился в Саратовскую поликлинику к проф. Файну, который клинически диагносцировал гонорройный уретрит. Однако многократные исследования отделяемого уретру в лаборатории при Саратовском вендиспансере диагноза не подтвердили.

Больному было сделано два раза промывание марганцовокислым калцем мочеиспускательного канала, после чего при пробе в двух стаканам моча оказалась совершенно прозрачной. Скудные выделения прекратились. Сделано прижигание слизистой уретры О,5°/о раствором азотнокислого серебра и дан перерыв на две недели.

Больной чувствовал себя хорошо и к врачам больше не обращался.

24.ХП.1942 г. почувствовал ухудшение и был госпитализирован с диагнозом игеИгго-сузННз е! ергФбутШз.

После 12-дневного лечения процесс стих, больной почувствовал себя хорошо и выписался в часть. Накануне выписки у больного исследована моча. Ничего патологического не обнаружено.

Больной чувствовал себя вполне удовлетворительно до 28.УШ.1943 г., но отмечал, что после принятия алкоголя ощущал ноющую боль в переднем отделе уретры, скудное гнойное выделение и слипание наружного отверстия.

28ЛПП.1943г. при появлении зуда в переднем отделе мочеиспускательного канала больной обратился к венерологу. Лабораторное исследование гнойного отделяемого дало следующий результат: лейкоциты — 40—50 в поле зрения, плоский эпителий ь небольшом количестве, слизи много, гонококки не найдены.

При уретроскопии никаких патологических изменений ие обнаружено. После этого в течение 4 суток больному делали промывания раствором марганцовокислого калия ,1:7 000). Все явления исчезли, за исключением незначительного зуда.

Больной чувствовал себя вполне удовлетворительно до 14.1.1944 г., когда! болезненные явления вновь обострились. Больного направили в лабораторию для исследования мочи и отделяемого уретры, причем просили лаборанта обратить внимание на грихомонады. Анализ дал следующий результат: лейкоциты — 100—150 в поле зрения, плоский эпителий в небольшом количестве, гонококки пе найдены, трихомонады обнаружены.

Больному назначено лечение осарсолом (0,3 в 10 см[8] глицерина). Взвешенный осарсол вводили раз в сутки в мочеиспускательный канал на 10 минут. После этого канал промывали раствором марганцовокислого калия.

После 10-дневного лечения больной выздоровел. К сожалению, по объективным причинам иследсвать мочу и отделяемое после массажа предстательной железы не удалось.

1 .ХП.1944 г. у больного вновь появились ощущения зуда, незначительное покраснение наружного отверстия мочеиспускательного канала, слипание и скудное гнойное выделение. Сделан анализ отделяемого и мочи: лейкоциты — 60—70 в поле зрения, плоский эпителий в умеренном количестве, слизи много, найдены трихомонады.

Вновь проведено 10-диевиое лечение осарсолом в глицерине с последующим промыванием уретры раствором марганцовокислого калия. Внутрь красный стрептоцид **ио** 0,3 3—**4** раза в день в течение 15 дней. Больной выздооовел и до сих пор **чув**ствует себя хорошо.

2 . Больной Н., 27 лет, холост. 11.У.1944 г. обратился с жалобами на гнойное выделение из уретры, особенно по утрам, незначительные боли при мочеиспускании и ощущение зуда перед началом мочеиспускания. При неоднократных лабораторных исследованиях в гнойном отделяемом гонококков не обнаружено. После промывания мочеиспускательного канала растворами марганцовокислого калия в концентрации 1 : 8 000 в течение 7 дней.воспалительные явления стихли, но через 3—4 дня вновь -появились. При лабораторном исследовании гнойного отделяемого обнаружены трихомонады. Через день взята утренняя порция мочи, в которой лаборант после центрифугирования осадка также обнаружил трихомонады. Анамнестически коитус 14.IV. 1944 г. с незнакомой женщиной. Я лечил[1] больного осарсоло.м «а глицерине, с последующим промыванием уретры в течение десяти дней. Состояние больного улучшилось, но, к сожалению, наблюдать за дальнейшим ходом заболевания не удалось, так как больного перевели в другую часть.

Анализируя эти 2 случая трихомонадного уретрита, следует обратить внимание на ряд особенностей.

В обоих случаях первичные признаки заболевания появлялись через 30—40 суток после сношения, что заставляет предполагать наличие длительного инкубационного периода.

Заболевание наступило после однократного полового сношения, что дает право допускать возможность передачи ч-рихомонад и при кратковременном половом контакте.

Клиническими признаками заболевания являются: указания больных на ощущение зуда в переднем отделе уретры при начале мочеиспускания, зуд и ноющую тупую боль при сидении, скудные гнойные выделения, частые рецидивы после лечения.

Необкодимо обратить внимание на наблюдавшиеся в первом случае явления цистита и эпидидимита, вполне возможные при трихомонадном заболевании.

Учитывая, что диагноз трихомонадного уретрита удается установить только на основании тщательного лабораторного исследования, необходимо при каждом обращении больных по поводу явлений простого уретрита помнить о возможности трихомоиадного поражения.

★

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Майор мед. службы С. И. БЕЛОВ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНОЙ ТАНКОВОЙ БРИГАДЫ В НАСТУПЛЕНИИ[1]

Высокая оперативная и тактическая подвижность, быстрота маневра, стремительность атаки танковых частей требуют от медицинской службы большой маневренности, быстрого развертывания и свертывания медицинских пунктов и поддержания непрерывной связи со своими соединениями.

Получив задачу прорвать во взаимодействии со стрелковой дивизией оборону противника, танковая бригада выходит из района сосредоточения в район выжидательных позиций (10—15 км от переднего края обороны противника). На выжидательных позициях заканчивается всесторонняя подготовка к боевой операции и организуется взаимодействие со стрелковой дивизией.

Медицинская служба бригады в этот период должна обеспечить себя недостающим медицинским имуществом и медикаментами, уточнить дислокацию армейских госпиталей первой и второй линии и решить все вопросы взаимодействия с медсанбатом той дивизии, которую поддерживает танковая бригада. Офицеры медицинской службы обязаны вместе с офицерами штаба бригады и батальонов участвовать перед операцией в рекогносцировке местности и при этом определить места развертывания медицинского пункта бригады ((БрМП), места стоянки санитарных машин (ПСТ), пути эвакуации раненых с поля боя в БрМП и из БрМП в армейские госпитали.

На основании данных о потерях в предыдущих боях производится расчет предполагаемых санитарных потерь за операцию и составляется лечебно-эвакуационный план обеспечения предстоящего боя. Учитывается, что в первые дни прорыва сильно укрепленной полосы обороны противника потери бывают большие. В соответствии с расчетом потерь медсанвзвода санчасти батальонов доукомплектовывают танковые аптечки, сумки санинструкторов и санитаров медицинским имуществом и медикаментами, а личному составу выдают индивидуальные перевязочные пакеты. Медицинский состав подробно инструктируется.

Закончив подготовку к бою, танковая бригада в ночь перед наступлением переходит из района выжидательных позиций на исходные позиция для атаки. Танки располагаются в укрытиях в 1,5—3 км от переднего края обороны противника. Санчасти танковых батальонов находятся здесь же на исходной позиции вместе с пунктом наблюдения и связи батальонов (ПНС). Санитарные машины медсанвзвода выходят на исходные позиции к БМП во время артиллерийской подготовки. Медсанвзвод бригады в составе первого эшелона тыла бригады [пункты сбора и ремонта аварийных машин (СПАМ) и др.] ночью перемещается из района выжидательных позиций вперед и располагается в 2—5 км от переднего края обороны противника, в месте, намеченном во время рекогносцировки.

В танковых ротах штатных медицинских работников нет. Для наблюдения за танковыми ротами во время боя мы назначали санитаров

[1] Печатается в порядке обсуждения. Р е д.

батальонов. Находясь вместе с фельдшером на ПНС батальона, санитары к моменту начала боя пешком двигались за танковыми ротами и оказывали первую помощь раненым танкистам. На БМП постоянно работали фельдшер и санитарный инструктор, пользуясь носимым на себе (в санитарных сумках и вещевых мешках) запасом медицинского имущества и медикаментов.

Во время боя обычно фельдшер танкового батальона комплекта ПФ с собой не имел. Этот комплект громоздок, а фельдшер постоянно работает <с хода*. К тому же в бою в комплекте и не было большой надобности, так как нужное медицинское имущество имелось в сумках.

После артиллерийской подготовки танки с исходных позиций идут в атаку. Санитары, наблюдая за танками, переходили сначала в переднюю линию окопов.наших войск, а при дальнейшем продвижении танков — в окопы, оставленные противником. По мере продвижения танков вперед санитары, следуя от укрытия к укрытию, оказывали первую помощь раненым и оттаскивали их в укрытия. Видя горящий или подбитый танк, санитар пробирался к нему, в первую очередь оказывал помощь тяжело раненым, находившимся около танка, и быстро оттаскивал их от машины в укрытие. Если подбитый танк не мог двигаться, санитар извлекал из него раненых и также оттаскивал их в укрытие. Из укрытий раненых вывозили санитарные машины, танки, идущие на СПАМ, а иногда и здоровые члены экипажа. Если же танк не потерял способности двигаться, санитар после оказания первой помощи раненым укладывал находившихся в укрытии на броню танка и отправлял на БМП или непосредственно в медсанвзвод бригады. Все легко раненые после оказания им первой помощи самостоятельно следовали на БМП, зная, что медицинский пункт находится на исходных позициях.

Нередко танки, ведя бой, уклонялись в стороны от основного направления действий роты или батальона, и санитар, занятый ранеными, не мог подойти к подбитому танку. В этих случаях раненым членам экипажа первую помощь оказывали товарищи, пользуясь танковой аптечкой. Обычно перед атакой танкисты раскладывали содержимое аптечки по карманам. Экипаж, покидающий горящий или подбитый танк, может вынести одного раненого. По нашим, данным, в 45% случаев первая помощь раненым членам боевых экипажей танков на поле боя была оказана в порядке само- и взаимопомощи, в остальных 55.°/^ случаев — санитарами.

Танкист должен хорошо владеть приемами само- и взаимопомощи.

Извлечь тяжело раненых из танка на поле боя очень трудно. Извлечение из машины болезненно для раненого и сильно травмирует его. Кроме того, есть опасность повторного ранения. Легко раненые быстро выбирались из танка самостоятельно. Раненых, остающихся в машинах, которые могут без посторонней помощи возвращаться на СПАМ, лучше не извлекать на поле боя. Когда тяжело раненого извлекают из танка на БМП или БрМП, ему необходимо сначала непосредственно в танке ввести морфин, произвести иммобилизацию и извлекать из танка через люки башни. При этом один человек берет раненого за воротник одежды снаружи, второй подсаживает его внутри танка. Удобнее при этом пользоваться лямками. БМП принимал первых раненых на исходных позициях. На БМП работали фельдшер и санинструктор. Объем медицинской помощи соответствовал объему помощи на БМП стрелковых войск и сводился к осмотру раненых, проверке повязок и жгутов, наложенных на поле боя, шинированию, проведению простейших противошоковых мероприятий и перевязке ран у тех раненых, которые прибывали без повязок.

После оказания доврачебной помощи раненых на санитарных' ма-

шинах или на грузовом порожняке отправляли в медсанвзвод бригады (БрМП).

Когда танки уходили вперед, санчасть батальона вместе с ПНС батальона пешком или на машинах двигалась за танками. Санитарные машины также продвигались вперед за батальонами.

Во время преследования противника, когда танковые части совершали марш в постоянной готовности к бою, санчасти танковых батальонов размещались на броне танков в конце колонн. Санитарные машины медсанвзвода следовали за колоннами. При завязке бсТя санчасть батальона останавливалась и развертывала БМП. Санитары следовали за танковыми ротами. Медсанвзвод бригады передвигался в составе первого эшелона тыла бригады на некотором расстоянии от танковых батальонов. При вступлении танков в бой он быстро развертывал БрМП и принимал раненых, оказьвал им первую врачебную помощь и эвакуировал .в госпитали.

После окончания боя БрМП свертывался и медсанвзвод двигался дальше.

Санчасти батальонов в бою и вне боя размещались в землянках, в домиках, а то и под открытым небом (в окопе, траншеях). Необходима стандартная брезентовая палатка специально для БМП по типу палатки ПМП, но меньше. Имея такую палатку, санчасть батальона может начать прием раненых и больных в любом месте через 15—20 минут после приезда. Мы для этой цели употребляли танковые брезенты.

Песты санитарного транспорта в танковой бригаде состояли из 1—2 санитарных машин и выдвигались от медсанвзвода бригады к БМП. Обычно санитарные машины подходили непосредственно к БМП, а на открытой местности санитарные машины останавливались в наиболее удобном укрытии невдалеке от БМП. Фельдшеру батальона сообщали о месте стоянки машины. На закрытой местности машины подходили вплотную к танкам и брали раненых непосредственно на поле боя.

В боях за г. Цинтен бригада действовала на двух направлениях: в обход леса слева и справа. В этом случае каждый батальон имел по одной санитарной машине. Таким образом, было организовано два ПСТ. Машины останавливались у дороги, не маскируясь, чтобы их видели проходящие раненые. После отъезда машины в тыл на месте ее стоянки оставался человек, который встречал и собирал раненых своей части. Когда танки уходили вперед, санитарные машины, увозившие раненых на БрМП, отрывались от своих частей иногда на 10—15 км и более и, возвращаясь, должны были разыскивать их. Поэтому для сопровождения санитарных машин мы выделяли фельдшеров или грамотных, толковых санитарных инструкторов. Они могли в штабе бригады или батальона получить информацию об обстановке и, ориентируясь по карте, а в исключительных случаях по следу, разыскать свои части.

Медсанвзвод танковой бригады по своим штатам, укомплектованности и объему работы может быть приравнен к медсанроте стрелкового полка. Во время боя он располагался в районе первого эшелона тыла бригады вместе со СПАА1 и здесь развертывал бригадный медицинский пункт (БрМП). Расположение БрМП в районе СПАМ целесообразно по следующим причинам: 1) на СПАМ.с поля боя выходят для ремонта неисправные танки, тягачи; попутно на них подвозят раненых из БМП и с поля боя; 2) на СПАМ из тылов бригады подвозят на автомашинах боеприпасы, горючее, запасные детали, а на порожняке, идущем обратно в тыл, можно из БрМП эвакуировать раненых.

При выборе места для развертывания БрМП необходимо учитывать проходимость дорог. Хорошие подъездные пути с переднего края

к БрМП и хорошие пути эвакуации от медсанвзвода до госпиталей — самый важный момент в работе.

Медсанвзвод перед прорывом обороны подтягивался вперед и. по мере продвижения танков перемещался на новое место. Перемещение медсанвзвода производилось обычно ранним утром. Это время наиболее удобно. В течение дня и ночи раненых подбирают на поле боя и вывозят из батальонов в БрМП. Здесь раненые получают необходимую врачебную помощь. За ночь БрМП эвакуирует всех раненых в госпитали и утром имеет время на переезд и развертывание на новом месте. Необходимо заблаговременно перед атакой сообщать фельдшерам батальонов новое место дислокации медсанвзвода (БрМП).

Всего своего имущества медсанвзвод в бой не брал, оставляя не применяемую в бою часть его в тылах бригады. Это увеличивало мобильность медсанвзвода. Пр^и^ ^^ездах имущество перевозилось за один или два рейса, смотря п<^1аличию машин. .

БрМП развертывался чаще всего в палатке ПМП, иногда в помещениях. Здесь кстати отметить, что стандартная палатка ПМП сослужила большую службу. Однако в ее конструкцию необходимо внести дополнения: оконные рамы заделывать не стеклом, а слюдой, целлулоидом или другим прозрачным небьющимся материалом; снабдить палатку портативной складной печкой, которой можно было бы пользоваться и для стерилизации инструментов. Для освещения палатки мы применяли аккумулятор.

Эвакуация раненых из батальонов и из БМП в БрМП совершалась по принципу «на себя»; эвакуация из БрМП в госпитали шла «от себя» на санитарном и войсковом транспорте бригады. При большом потоке раненых и недостатке санитарных машин, начальник штаба бригады выделял дополнительные машины специально для эвакуации раненых. Обычно раненых из БрМП эвакуировали непосредственно в армейский госпиталь. Когда части продвигались вперед, а армейские госпитали отставали, приходилось эвакуировать раненых на ДМП стрелковых дивизий и, в частности, на ДМП той дивизии, которую бригада поддерживала.

Легко раненых из БрМП эвакуировали в команду легко раненых (КЛР) на порожняке или на специально выделяемом автотранспорте. КЛР организовывались во втором эшелоне тыла бригады; численность их доходила до 70 человек. КЛР сыграли большую роль, сохраняя для бригады ценные кадры. Руководил командой и медицински обслуживал ее фельдшер роты технического обеспечения. КЛР располагалась в землянках, домах или палатках.

Частоту и быстроту перемещений медицинских пунктов танковых частей можно иллюстрировать двумя примерами. При вторжении в Восточную, Пруссию за 9 дней боев медсанвзвод перемещался 6 раз. За 14 дней' боев па Земландском полуострове и косе Фриш-Нерунг медсанвзвод перемещался 11 раз. Это показывает, что медицинские пункты танковых частей должны иметь достаточное количество машин для эвакуации раненых и стандартные палатки типа ПМП и ДМП, позво; ляющие быстро развертываться и свертываться.

Начальник санслужбы бригады и командир медсанвзвода в бою поддерживали постоянную связь со штабом бригады путем личного общения и через посыльных. Обстановку приходилось уточнять в штабе каждые 2—3 часа, так как при танковом бое опа быстро меняется. Связь с фельдшерами батальонов поддерживалась через фельдшеров, сопровождающих санитарные машины, личным общением и через штабные радиостанции.

Характеристика поражений (сделана на основе анализа более 800 случаев ранений и ожогов) личного состава боевых экипажей такова: ранения мягких тканей (легкие) 48,6°/о, тяжелые ранения (пере-

ломы костей, проникающие ранения полостей) 26,3%, ушибы 11,6°/о» контузии 6,7%, ожоги 6,8%.

Танкисты получают ранения как в танках, так и вне их. Ранения вне танка наблюдаются обычно тогда, когда танкисты по какой-либо причине покидают машину. Преобладают пулевые и осколочные ранения. Легкие и тяжелые ранения вне танка бывают только осколочные, они наносятся осколками снарядов, брони, противотанковыми минами. Очень редко члены экипажей, находящиеся внутри танка, получают пулевые ранения. Это бывает только при налетах авиации, когда люки оставались открытыми или когда танк шел в атаку с открытыми люками.

Ббльшую часть (48,6%) составляли легкие ранения (мягких тканей). Раненые этой группы нуждаются в непродолжительных сроках лечения. Часть их лечилась в КЛР.

Тяжелые ранения составляли 26,3%. К ним .относились: огнестрельные переломы костей конечностей, проникающие ранения черепа, грудной клетки, живо'та, ранения больших суставов и пр. Всех раненых этой группы эвакуировали в госпитали.

Большое количество ушибов и контузий среди танкистов объясняется прежде всего тем, что люди находятся в боевой машине. При ударе снаряда в броню танка снаружи или при разрыве его на броне, при взрыве противотанковой мины под танком, при разрыве тяжелых снарядов и бомб рядом с машиной воздушная взрывная волна ударяет членов экипажа о внутреннюю броню танка.

Легкие ушибы бывают при быстром ходе машины, при бросках танка в канавы, воронки, окопы. ■

Ожоги при горении танка получает 6,8% общего количества раненых. Танк загорается при попадании снаряда в моторную группу и бензиновые баки. Горение танка продолжается от нескольких минут до нескольких часов. Экипаж в составе 4—5 человек (в том числе и легко раненые) за 10—15 секунд может выскочить из танка. Однако наблюдались случаи, когда не только тяжело раненые, которые не могут самостоятельно выбраться из танка, но и здоровые или легко раненые члены экипажа оставались в горящей машине и гибли.

Это можно объяснить двумя причинами. Во-первых, угаром (пороховые газы, дым от горения внутри танка газолина, масла и краски). Это подтверждает следующий пример: стрелок-радист, выскочив из горящего танка, тут же упал, потеряв сознание. Товарищи оттащили его в окоп. При осмотре никакого ранения у радиста не было обнаружено. Нашатырный спирт и движения при перетаскивании на чистом воздухе вернули сознание. Во-вторых, растерянностью и испугом новичков,истерической реакцией на тяжелые психические переживания при воспламенении танка.

Пламя быстро охватывает одежду и открытые части тела, забрызганные обычно газолином и маслом. Выбираясь из танка, люди открывают люки, увеличивая при этом доступ в танк кислорода, а значит, и усиливая интенсивность горения. Пламя устремляется в люки, из которых должны выскочить члены экипажа. В момент выскакивания люди обычно и получают ожоги, в первую очередь рук и лица. Одновременно воспламеняется одежда, причиняя ожоги всему телу. Горящую одежду необходимо быстро сорвать. Вот почему танкистам не рекомендуется в бою носить комбинезоны, которые трудно снимать. Для защиты туловища и конечностей танкистов необходимо снабдить одеждой с асбестовой ниткой на застежках «молния»: такая одежда быстро снимается и не так легко воспламеняется. Танковый шлем хорошо защищает от ожогов волосистые части головы.

★

Гвардии по11ол'<тнчк меъ стужЗы дтц. М. К. КАРПОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК ПРИ ОСАДЕ ДАНЦИГА

Весной 1945 г., форсир.овав р. Вислу в районе г. Торна, части нашего фронта устремились на северо-запад и через короткое время вышли к южным берегам Балтийского моря. Все немецкие войска и гражданское население, находившееся в Восточной Померании, оказались отрезанными от остальной Германии. Окруженную группировку противника связывали с Германией только морские коммуникации, но и они находились под контролем и постоянным воздействием нашей авиации.

Изменив направление фронта на восток, войска Красной Армии приступили к ликвидации окруженной группировки, непрерывно сжимая кольцо вокруг Данцига и Гдыни. По мере сокращения блокированной территории концентрация военного и гражданского населения на ней непрерывно возрастала.

Особенно был переполнен Данциг, в котором скопилось от Р/2 до 2 млн. человек, в то время как перед войной в этом городе было не более 231 000 жителей.

Такое скопление людских масс при непосредственной близости фронта, полной дезорганизации местного самоуправления, прекращении снабжения продовольствием, остром недостатке воды и чрезвычайном загрязнении территории грозило весьма тяжелыми санитарными последствиями. В связи с этим вопрос о предупреждении инфекционных заболеваний в наступающих войсках Красной Армии и об оздоровительных мероприятиях на освобождаемой от противника территории приобретал особую актуальность.

Санитарное состояние войск фронта даже в разгар наступательных операций было вполне благополучным. Отлично было организовано питание и вполне удовлетворительно налажен медицинский контроль за ним. Личный состав частей мог регулярно мыться в банях и получал чистое белье. Из инфекционных заболеваний регистрировались только единичные случаи брюшного тифа и дизентерии, да и то лишь у лий, прибывающих с пополнениями или возвращающихся из командировок, отпусков или других продолжительных отлучек. Армейские противоэпидемические учреждения почти полностью были укомплектованы м-едицинским и обслуживающим персоналом с достаточным опытом работы в войсках. Хорошо велась противоэпидемическая разведка, инфекционных больных быстро выявляли и госпитализировали.

Лишь части М-ской армии (начальник санитарного отдела подполковник мед. службы Коваленко) невыгодно отличались в этом отношении от других соединений. Войска этой армии, прибывшие с другого фронта перед самым наступлением, проделали более чем 400-киломер ровый форсированный марш, оставив позади некоторые тыловые учреждения. Руководящие кадры медицинских работников этой армии быля; подобраны неудовлетворительно, не имели опыта работы в условиях наступательных боев. Банно-прачечное обслуживание и медицинский

контроль за повседневным бытом войск в этой йрмии были поставлены плохо. Все это Обусловило ряд дефектов в санитарном обслуживании войск армии, в частности, высокую завшивленность в частях.

Медицинская служба армии немедленно после прибытия на фронт' получила на помощь из резерва фронта: ОДР почти в полном штатном' составе, ППО с большим обменным фондом белья и группу 'опытных эпидемиологов из фронтовых эпидемиологических учреждений. Одновременно с этим армия получила и достаточные запасы хозяйственного мыла, дезинфекционных и противопаразитных средств.

В общем плане медицинского обеспечения операции Санитарное управление фронта (начальник — генерал-майор мед. службы Жуков) наметило и противоэпидемические мероприятия по фронту. В этом плане предусматривалось: а) выявление и ликвидация очагов инфекции на освобожденной от противника территории и профилактическая работа в частях; б) особая подготовка к аналогичной работе в зоне Гдыни и Данцига, представлявшей наибольшую опасность в санитарно-эпидемиологическом отношении; в) противоэпидемические мероприятия в частях и учреждениях фронтового тыла — в лагерях и сборно-пересыльных пунктах для репатриируемых и военнопленных, па железнодорожных станциях, в тыловых запасных частях, в лечебных учреждениях и т. п.

К началу операции Санитарное управление фронта сосредоточило в своем распоряжении значительное количество хорошо оснащенных противоэпидемических учреждений, обладающих высокой маневрёЪностыо. Это позволяло своевременно и с большим эффектом сосредоточивать нужные средства в любой точке обширной фронтовой территории, как только возникала потребность.

План противоэпидемического обеспечения операции был заблаговременно доведен до сведения всех санитарных начальников соединений.

Ответственные работники фронта па месте проверили готовность армейских противоэпидемических учреждений к предстоящей работе. Одновременно с этим учреждения получили недостающие материальные средства.

Первый этап операции в санитарно-эпидемиологическом отношении прошел вполне благополучно, но с вступлением наших войск в восточные районы Померании обстановка резко изменилась. В начале, марта передовые части М-ской армии обнаружили в только что освобожденных населенных пунктах*группы брошенных на произвол судьбы больных преимущественно сыпным тифом и дистрофией, которые состояли из лиц, находившихся в немецких концлагерях. Как выяснилось впоследствии, немецкое командование в связи с приближением линии фронта решило эвакуировать свои концлагери, расположенные в Восточной Пруссии и по левому берегу р. Вислы. Эвакуация производилась партиями по 500—2 000 человек. Эти партии пешком, без продовольствия направлялись вглубь страны. Колонны истощенных, измученных, одетых в рубища людей по произволу воинских начальников задерживались по дороге для устройства оборонительных сооружений и содержались в совершенно невероятных условиях. Сыпной тиф. занесенный в колонны из какого-то лагеря, в короткое время охватил почти всех заключенных. Сыпнотифозных больных немцы оставляли там, где нх заставало заболевание, причем часть заболевших, некоторое время еще двигалась вместе со здоровыми, распространяя инфекцию по всем направлениям. Перед приходом частей Красной Армии местные жители, желая заранее расположить советское командование, стали забирать к себе на квартиры отдельных больных, не соблюдая при этом необходимых предосторожностей. В результате сыпной тиф быстро распространился и среди коренного населения тех районов, по

которым передвигались заключенные. За короткое время от многочисленных колонн заключенных остались лишь отдельные группы истощенных и сыпнотифозных больных, рассеянных по многим населенным пунктам.

Таким образом, к моменту прихода частей Красной Армии все районы, прилегающие к Данцигу с запада, были покрыты густой сетью сыпнотифозных очагов. Количество больных'в каждом из них колебалось от 10 до 600 и более. Жуткую картину представляли собой эти «человеческие свалки». Размещенные обычно в каких-либо летних, неотапливаемых и необорудованных помещениях, предоставленные самим себе, в лохмотьях вместо одежды, истощенные, испачканные собственными испражнениями, валялись они на полу, на прогнившей соломе вперемежку с трупами умерших товарищей. Покрытые неисчислимым множеством вшей, эти несчастные умирали десятками и сотнями, потеряв всякую надежду на спасение. И среди этих людей можно было встретить учителей, агрономов, врачей, писателей, художников, научных работников и других лиц интеллектуального труда, вывезенных немцами из 23 европейских государств.

На некоторые из таких очагов и натолкнулись части Ы-ской армии, по своему санитарному состоянию как раз являвшиеся наиболее уязвимыми для сыпного тифа.

Получив первые сигналы о наличии множественных очагов сыпного тифа на территории действия частей армии и исходя из вероятности обнаружения подобных очагов и на других участках фронта, Санитарное управление через штаб и Военный совет фронта срочно оповестило командиров всех частей и соединений о появившейся опасности для войск и предложило перечень мероприятий, подлежащих обязательному исполнению.

Одновременно Санитарное управление фронта создало две противоэпидемические бригады из наиболее опытных руководящих работников фронтовых эпидемиологических учреждений, которые, получив в свое распоряжение все необходимые средства, выехали для работы на **место.**

Первая бригада, состоявшая из шести врачей-эпидемиологов и гигиенистов, во главе с ранее выехавшим в неблагополучный район начальником СЭЛ, имела задачу совместно с армейской санитарной службой выявить и обезвредить все очаги инфекции среди населения на территории Ы-ской армии и провести комплекс профилактических мероприятий в ее частях. ■

«Помимо ранее откомандированных для работы в армии ОДР и ППО, в распоряжение бригады дополнительно были выделены два хорошо оснащенных и полностью обеспеченных собственным автотранспортом инфекционных госпиталя — один терапевтический и один хирургический— и один банный отряд. Кроме того, выделено 12 т автобензина, запас хозяйственного мыла, дезинфицирующих и пропитывающих средств. Для оперативных надобностей члены бригады располагали легковой, санитарной и грузовой автомашинами.

Совместно со штатными армейскими учреждениями (СЭО, ОДР, ППО, инфекционным и терапевтическим госпиталями), которые к указанному времени уже были подтянуты к войскам, все эти средства составляли достаточно мощную противоэпидемическую организацию, которая могла успешно решить поставленную перед нею задачу.

Ознакомившись с конкретной обстановкой на месте, бригада наметила следующий план мероприятий:

1. Ограничить контакт войск с гражданским населением. Широко развернуть разъяснительную работу среди личного состава воинских частей и учреждений о способах заражения и мерах личной профилактики сыпного тифа. С помощью двух обмывочно-дезинфекционных рот

•провести в частях одновременную санитарную обработку бойцов с обязательным переодеванием в пропитанное белье и дезинсекцией обмундирования. Усилить повседневное наблюдение за бойцами, чтобы раньше обнаруживать и изолировать заболевших.

2. Провести тщательное эпидемиологическое обследование всей неблагополучной территории, в первую очередь населенных пунктов, имеющих воинские гарнизоны или прилегающих к наиболее оживленным дорогам, для обнаружения еще неизвестных очагов инфекции и выявления местных средств, которые можно использовать для борьбы с сыпным тифом.

3. Поголовно госпитализировать всех выявленных инфекционных больных, провести дезинфекционную обработку в очагах и изолировать жителей неблагополучных по сыпному тифу пунктов внутри этих пунктов.

4. Установить противоэпидемический надзор за передвижением по автомобильным дорогам беженцев, союзных военнопленных, освобожденных Красной Армией, и особенно лиц, находившихся в заключении в немецких концлагерях.

5. Повысить уровень гигиенических требований к содержанию лечебных учреждений и условиям эвакуации больных и раненых.

Из всех перечисленных мероприятий самой сложной оказалась организация санитарной обработки личного состава действующих частей в связи с непрерывными наступательными боями, происходившими в это время. Но при деятельном участии командования частей, горячо поддержавшего все усилия медицинской службы по профилактике заболеваний, удалось преодолеть все препятствия и в этом направлении. В первую очередь обработке подверглись части и соединения, находившиеся хотя бы и короткое время в очагах сыпного тифа. В некоторых из них уже были зарегистрированы к тому времени первые случаи заболевания бойцов. Для санитарной обработки использовались межбоевые паузы, во время которых отдельные подразделения отводились в ближайший тыл. Здесь была сосредоточена обмывочно-дезинфекционная техника и имелось чистое белье. В подразделениях, в которых обнаружены заболевания сыпным тифом, санитарную обработку через 1—2 суток повторили.

Значительно проще обстояло дело в частях, находившихся во втором эшелоне или в армейском тылу, за исключением мелких самостоятельных подразделений. Эти мелкие подразделения вынуждены были для санитарной обработки строить импровизированные бани и дезинфекционные камеры. Для ограничения контакта с местным населением командование запретило военнослужащим всякое общение с местными жителями. Населенные пункты, неблагополучные по сыпному тифу, были объявлены на карантине и воинские части из них выведены. Запрещено было пользование также такими трофейными вещами, как перины, подушки, одеяла и т. п,, оставленными бежавшими немцами. Но добиться выполнения последнего требования так и не удалось: некоторые бойцы и офицеры после многих бессонных ночей предпочитали перину собственной шинели.

Весь медицинский персонал частей был ориентирован в необходимости активного выявления подозрительных на сыпной тиф больных, которых немедленно изолировали при полковых изоляторах и в МСБ.

Для наиболее эффективного эпидемиологического обследования всю армейскую территорию разделили на несколько небольших районов и к каждому району прикрепили одного или двух эпидемиологов. Обследование проводилось путем личных обходов населенных пунктов, опросов местных жителей и военнослужащих частей Красной Армии, расквартированных там, путем тщательных расспросов лиц, находившихся в концлагерях, и военнослужащих союзных держав. Таким пу-

тем в несколько дней удалось собрать относительно полные сведения об очагах сыпного тифа, определить приблизительные границы пораженной территории, выявить сохранившиеся местные больницы, часть их медперсонала и использовать больницы и врачей для противоэпидемической и лечебной работы.

Всего на этой территории выявлено около 40 сыпнотифозных очагов. В них находилось 4 636 больных, реконвалесцентов и истощенных, в том числе с явными клиническими признаками сыпного тифа 1 178 человек, дистрофиков и реконвалесцентов — 2 690, подозрительных на брюшной тиф —67, терапевтических и хирургических больных — 561, лихорадящих с неясными симптомами — 140 человек. В абсолютном большинстве это были лица, освобожденные из немецких концлагерей.

Так как для госпитализации всей массы больных и истощенных госпиталей нехватало, в местных больницах открыли несколько филиальных отделений госпиталей. В госпиталях и их филиалах, кроме штатного медицинского персонала, работали также местные немецкие врачи и медицинские работники, находившиеся в немецких концлагерях как заключенные. Кроме того, часть медицинского персонала была придана из армейской и фронтовой ОРМУ.

Поистине героический труд, совершенный работниками госпиталей и эпидемиологами, постоянная моральная и материальная помощь со стороны командования, обеспечившего безотказное снабжение госпиталей продовольствием, дополнительным транспортом, горючим, госпитальным оборудованием, медикаментами и т. п., позволили блестяще решить огромную задачу оздоровления большого района. Некоторые госпитали, как, например, инфекционные госпитали № 319 и 814, несмотря на более чем десятикратную перегрузку, показали образцы санитарного порядка, хорошего ухода и лечения больных. Здесь проявляли живое участие и к дальнейшей судьбе больных, обеспечив выздоровевших хорошей одеждой, обувью и бельем. Добиться этого помогли созданные при госпиталях большие сапожные и пошивочные мастерские, в которых работали выздоравливающие.

Ликвидация выявленных активных очагов инфекции только уменьшала, но не устраняла опасности распространения сыпного тифа, который могли занести граждане союзных с нами держав, освобожденные из немецкого плена Красной Армией. По мере очищения территории от немецких войск выявлялись все большие количества этих граждан. Они непрерывными потоками тянулись по всем армейским дорогам на сборно-пересыльные пункты или просто поближе к большим городам с расчетом поскорее пробраться на родину. Установить необходимый санитарный надзор за перемещением во всех направлениях десятков тысяч людей в сложившихся условиях было невозможно, но и пренебречь таким важным фактопом, который мог коренным образом изменить эпидемиологическую обстановку и свести на-нет результаты всей работы, также было нельзя. «Поэтому бригада ограничила свою деятельность проведением самых существенных и неотложных мер: медицинский контроль за передвигающимися потоками людей, изоляция больных и бывших с ними в контакте в нештатных санитарно-контрольных и карантинных пунктах, созданных боигадой пои нескольких комендатурах в узловых населенных пунктах. На этих пунктах все возвращающиеся из плена были обязаны регистрироваться. Прибывающие подвергались беглому медицинскому осмотру: подозрительных н-заболевание направляли в ближайший госпиталь, а группу бывших в контакте с больным задерживали в карантине. Питание и медицинскую помощь карантированным предоставлял обычно госпиталь, расположенный в этом же населенном пункте.

Конечно, это мероприятие являлось паллиативным, так как значительная часть возвращающихся из плена проходила по.дорогам, где

ни СКП, ни комендатур не имелось. Но тем не менее даже такое частичное и поверхностное наблюдение существенно помогло в предупреждении инфекции. За месяц работы три СКП выявили несколько десятков инфекционных больных и карантинировали около 2 000 человек, имевших контакт с больными.

Армейская санитарная служба уделила особое внимание созданию и поддержанию хорошего санитарного режима в лечебных учреждениях. Организация изоляторов, создание мощных, постоянно действующих санитарных пропускников, обязательное переодевание раненых и больных в пропитанное противопаразитными средствами белье, тщательная дезинсекция одежды, раздельная эвакуация больных и раненых являлись санитарным минимумом для каждого госпиталя.

В результате проведения всех этих мер опасность массового распространения сыпного тифа, нависшая над войсками М-ской армии, была устранена, а отдельные заболевания бойцов в подразделениях, проходивших по сыпнотифозным очагам, вскоре прекратились:

Суммарная заболеваемость сыпным тифом по трем наиболее неблагополучным соединениям, действовавшим в наиболее пораженных инфекцией районах, за март и апрель 1945 г. выразилась в следующих цифрах:

Числа месяца	Март																					Апрель										Итого
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Количество случаев	1	1	1	1	1	1	4	[illegible]	5	15	8	9	10	9	4	2	2	1	1	1	1	—	1	—	2	1	1	—	—	91

В других соединениях в марте заболеваний было значительно меньше, а в апреле их почти не наблюдалось. Единичные случаи заболеваний сыпным тифом, регистрировавшиеся в этой армии в последующее время, были связаны с другими источниками.

Таким образом, своевременное и оперативное проведение противоэпидемических мероприятий предупредило вспышку сыпного тифа в войсках, по своему санитарному состоянию являвшихся весьма уязвимыми для этой инфекции. Приведенные же выше цифры потерь от сыпного тифа ничтожны по отношению к общей массе войск, действовавших на этом направлении.

Что касается других армий, то на их территории также было обнаружено несколько очагов инфекции (в концлагерях противника), но санитарные службы армий, подготовленные к встрече с такими очагами, быстро ликвидировали их почти исключительно собственными средствами.

Вторая противоэпидемическая бригада, созданная Санитарным управлением фронта, была многочисленнее первой: в ее состав вошли базовая и подвижная лаборатории резервного СЭО, отделение ОДР, группа врачей, фельдшеров и санитарных инструкторов из ВСПЭО (всего 81 человек), два хирургических и один инфекционный госпитали. Бригада располагала несколькими грузовыми, двумя санитарными и двумя легковыми машинами (не считая транспортных средств приданных госпиталей), запасами горючего и дезинфицирующих средств. Возглавлял бригаду главный эпидемиолог фронта, которому Военный совет фронта дал чрезвычайные полномочия.

Как уже говорилось, Данциг и Гдыня были чрезмерно перенаселены и долго подвергались воздействию нашей артиллерии и авиации. В них ощущался недостаток воды и продовольствия, а на прилегающей

к городу территории были многочисленные очаги инфекции. Поэтому эти крупные населенные пункты могли резко ухудшить санитарное состояние в наших войсках, штурмовавших города.

Второй противоэпидемической бригаде была поставлена задача: сосредоточившись возможно ближе к Данцигу, войти в него вслед за передовыми частями Красной Армии и, связавшись с военной комендатурой, немедленно навести должный санитарный порядок. О создании такой бригады как главного противоэпидемического центра в городе были заранее оповещены все санитарные начальники соединений, участвовавших в осаде и штурме города. Несколько человек из состава бригады было выделено в качестве самостоятельной группы для работы в Гдыне.

Уже заранее бригада разделила города на участки, к каждому прикрепила для обследования врача-эпидемиолога и в помощь ему двух фельдшеров или опытных санитарных инструкторов. Как только передовые части захватили первые кварталы города, бригада сразу приступила к работе, постепенно распространяя свою деятельность на весь город.

Первым этапом этой деятельности явилось собирание предварительных сведений о характере и размерах инфекционных заболеваний среди гражданского и военного населения города в последний месяц, -о расположении гражданских и военных лечебных учреждений, их загруженности больными, о расположении концлагерей, казарм, лагерей для военнопленных и об их санитарном состоянии, о качестве водоисточников в городе и его окрестностях (производилась лабораторная проверка воды), о расположении частных и общественных лабораторий, научно-исследовательских институтов и других подобных учреждений. В зависимости от характера полученных сведений, главный эпидемиолог принимал те или иные решения. Сразу же после прекращения боев в городе местное население начало уборку трупов людей и животных и очистку территории. Для медицинского обслуживания населения и раненых немецких солдат была восстановлена деятельность нескольких военных госпиталей противника, в которых сохранился в основном и медицинский персонал. Кроме того, в городе развернулись приданные бригаде инфекционный и хирургический госпитали, получившие задачу обслуживать больных и раненых, находившихся в плену и концлагерях противника. В оба эти госпиталя сразу же было вывезено около 1 500 больных и истощенных из трех концлагерей, обнаруженных недалеко от города. Гражданское население в последние месяцы сильно голодало. Голод значительно увеличился с приближением фронта и особенно после прибытия эвакуированных из Восточной Пруссии. На почве хронического недоедания и употребления в пищу всяких недоброкачественных и случайных продуктов среди населения, да и в войсках массовое распространение приняли поносы и отеки. В ужасающих размерах, особенно среди женской части населения, распространились венерические заболевания. Заболевания сыпным тифом наблюдались в концлагерях и среди военнопленных.

В связи с выводом наших войск из города сразу после его освобождения и прибытия польской администрации бригада свернула работу, оставив по просьбе польской администрации для временной* работы свои госпитали.

Неблагополучие по сыпному тифу в районе Ы-ской армии рождало опасность распространения этой инфекции по фронтовому тылу, так как по фронтовым дорогам происходило оживленное передвижение освобожденных из плена союзных и советских граждан, партий военнопленных немцев, раненых и воинских частей.

Особенно большого внимания требовали лагери и сборно-пересыльные пункты для граждан, подлежащих репатриации. Эти только что

созданные учреждения, принимая ежедневно тысячи новых людей, прибывавших из разных районов Германии и Полыни, в первое время не могли установить у себя желательного санитарного режима, гарантирующего своевременное выявление и изоляцию инфекционных больных. Только после настоятельного вмешательства и активной помощи со стороны фронтовых противоэпидемических учреждений при каждом лагере и сборно-пересыльном пункте были созданы санитарные пропускники, прачечные, организованы изоляторы при лагерных лазаретах, очищена территория лагерей от мусора, хлама и нечистот, организованы столовые и установлен постоянный медицинский надзор за ними. В некоторых лагерях были перераспределены и перепланированы жилые помещения и более рационально размещены подлежащие репатриации и вообще проживающие в лагерях. Для всех вновь прибывающих в лагери установлен обязательный медицинский осмотр и обязательная санитарная обработка с дезинфекцией всего имущества. На комнаты, дома или целые лагери и сборные пункты в случае обнаружения инфекционных заболеваний накладывался карантин, в течение которого никакой эвакуации и даже перемещения внутри лагеря лиц, находящихся под карантином, не допускалось. Огромную работу проделали ОДР, прикомандированные к различным лагерям. Они до создания стационарных санпропускников обслужили своей подвижной техникой десятки тысяч людей. Наряду с ОДР, с большим эффектом использовались резервные, хорошо оснащенные банные отряды, каждый из которых на месте был усилен дополнительными рабочими. Один отряд обслуживал в лагере 10 000—12 000 человек.

Госпитализация больных из лагерей производилась в специально выделенные госпитали разного профиля, в том числе и инфекционные.

Следует особо отметить блестящую работу фронтовых противоэпидемических учреждений в лагерях для военнопленных немцев в городах Дойч-Айлау, Хохенштейне, Грауденце, Млаве и Дзялдове. В эти только что созданные и еще недостаточно оборудованные лагери почти одновременно поступили огромные партии военнопленных численностью от 10 000 до 60 000 человек в каждом. Среди этих военнопленных была сильно распространена дизентерия и наблюдалось значительное количество заболеваний сыпным тифом. При поголовной завшивленности военнопленных, большой скученности и недостаточной приспособленности лагерей к бытовому обслуживанию такого большого количества людей возникла грозная опасность распространения инфекции. Но быстрыми и решительными действиями противоэпидемических работников при всесторонней поддержке командования заболевания были прекращены, а лагери приведены в образцовое санитарное состояние.

Противоэпидемическое наблюдение за железнодорожными эшелонами осуществляли штатные санитарно-контрольные пункты, расположенные на четырех замыкающих фронт узловых железнодорожных станциях. Каждый СКП имел банно-дезинфекционный поезд с запасом белья и дезинфекционных средств.

Значительную работу по оздоровлению тыловых объектов проводили эпидемиологи управлений фронтового и местных эвакопунктов и подведомственные им лечебные учреждения. Это дало прекрасные результаты: в течение всей операции по овладению Восточной Померанией инфекционные заболевания в тыловых частях и учреждениях фронта регистрировались как единичные и не превышали нескольких долей процента по отношению ко всей массе прошедших через тыл людей.

Таким образом, несмотря на исключительные трудности противоэпидемического обеспечения многочисленных объектов фронтового тыла, вызванные их большой разбросанностью, частым перемещением, «еудовлетворительной связью с довольствующими отделами штаба

фронта, огромным переполнением и недостаточной приспособленностью к бытовому обслуживанию больших людских масс, санитарная служба фронта преодолела все препятствия и полностью устранила угрозу распространения эпидемических заболеваний во фронтовом тылу.

Такие итоги противоэпидемического обеспечения войск в крупнейшей операции, 'закончившейся блокиройанием, а затем и овладением крупным населенным пунктом, дают достаточно оснований подтвердить неоднократно высказанные ранее положения:

1. Противоэпидемическое благополучие войск в значительной степени определяется благополучием гражданского населения. Поэтому санитарно-профилактическая работа среди населения, в том числе **и** вражеского, является неотложной обязанностью каждого санитарного-начальника. ■

2. Значение непрерывной противоэпидемической разведки при наступательных операциях неизмеримо велико. Санитарный начальник, не организовавший такой разведки, не использовавший для нее звенья санитарной службы, постоянно подвергает риску массового заражения различными инфекциями личный состав своих частей и соединений.

3. Для своевременного проведения противоэпидемических мероприятий на любом участке каждый санитарный начальник должен всегда иметь резервные средства, которые можно было бы использовать в любое время и в любом месте.

4. В предвидении овладения крупными населенными пунктами противника или неблагополучными по инфекциям районами целесообразно' в помощь армейским средствам заблаговременно посылать в войсковой район мощные комплексные противоэпидемические бригады из резервных средств фронта.

★

Доц. п.н, косяков

О ПРЕВЕНТИВНЫХ СВОЙСТВАХ ПОЛИВАКЦИНЫ НИИСИ В ОТНОШЕНИИ БАЦИЛЛЯРНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ

Из кафедры микробиологии 1 Московского ордена Ленина медицинского института (зав. кафедрой — проф. М. Н. Лебедева) и санитарного отдела М-ской армии (нач. сан. а-рм. — полковник мед. службы Морозоз)

Дизентерия, как известно, являлась бичом воюющих армий. Не было ни одной значительной кампании, во время которой эта инфекционная болезнь не выводила бы из строя огромных масс бойцов. Большая контагнозность инфекции, значительное рассеивание дизентерийных бактерий в окружающей среде придают этому заболеванию эпидемический характер.

Однако санитарно-профилактические мероприятия, широко и всесторонне проведенные в период Великой отечественной войны в войсках Красной Армии, позволили свести заболеваемость дизентерией среди личного состава до единичных случаев. Организация личной гигиены бойца в армии, своевременное выявление бациллоносителей и дизентерийных больных, изоляция и госпитализация, фагопрофилактика контактировавших, а также усиление санитарного надзора за пищеблоками, водоснабжением и местами общего пользования — вот главное, что позволило в значительной мере снизить заболеваемость дизентерией в войсках. Но вместе с тем нельзя недооценивать роли и специфической профилактики дизентерии — вакцинации.

Для вакцинопрофилактики дизентерии в войсках, как известно, на протяжении многих лет пользовались таблетками по методу Безредки.

.Массовая же парэнтеральная вакцинация против дизентерии была начата лишь в 1942—1943 гг. Для нее использовали поливакцину НИИСИ (ассоциированная вакцина, содержащая антигены возбудителей брюшного тифа, паратифов, холеры, столбняка и дизентерии).

Поэтому представляет большой интерес изучить превентивные свойства ассоциированной вакцины в большом эпидемиологическом опыте. В настоящей статье мы обобщаем наши наблюдения над профилактическим эффектом поливакцины НИИСИ. Эти наблюдения велись по заданию начальника Противоэпидемического управления Главного военно-санитарного управления Красной Армии генерал-майора мед. службы проф. Т. Е. Болдырева.

Наблюдения мы начали в 1943 г. на Западном фронте. Однако неблагоприятные для учета эпидемиологических наблюдений условия (большая текучесть личного состава и небольшая заболеваемость дизентерией) не позволили нам тогда 'сделать определенные выводы о профилактических свойствах поливакцины НИИСИ. Наиболее успешными оказались наблюдения, проведенные над личным составом одного соединения на 1-м Белорусском фронте в апреле—декабре 1944 г., охватившие несколько десятков тысяч человек.

Вакцинация личного состава поливакциной НИИСИ (однократная инъекция 2 см® этого препарата) была проведена в апреле и первой половине мая 1944 г. На всех привитых составлялись пофамильные списки, а в красноармейских книжках делалась отметка с указанием даты прививки и примененной вакцины. Вакцинации подверглось 98,8% личного состава. Остальные несколько тысяч человек по тем или другим причинам не были привиты и составили, естественно, контрольную группу.

Войска с июля 1944 г. по январь 1945 г. занимали небольшой плацдарм на западном берегу Вислы. Большая скученность личного состава на ограниченном участке, который противник простреливал во всех его точках, затрудняла проведение элементарных санитарно-гигиенических мер.

В результате этого со второй половины августа мы зарегистрировали начало вспышки дизентерийных заболеваний. Своего максимума вспышка достигла в сентябре. Принятые меры помогли ликвидировать ее уже в октябре.

Пополнение, поступившее в армию в августе, состояло из мобилизованных в освобожденных областях Западной Белоруссии. Призывники не подвергались вакцинации и таким образом увеличили контрольную группу непривитых. Следует отметить, что наибольшая заболеваемость дизентерией наблюдалась именно в этой группе непривитых, которая оказалась «горючим» материалом.

Весь личный состав, как подвергшийся вакцинации, так и неподвергшийся, находился в относительно сходных санитарно-эпидемиологических условиях, что и позволило при стабильности кадров провести сравнительное изучение частоты заболеваемости как среди привитых, так и среди непривитых.

Всех больных изолировали из частей и направляли в инфекционные госпитали, где окончательно устанавливали диагноз, а также изучали клиническое течение дизентерии у привитых и непривитых. Диагноз дизентерии устанавливался главным образом на основании клинических данных. Однако все больные, кроме того, подвергались тщательному и комплексному лабораторномч обследованию: посев, копроскопия и реакция копроагглютинации по Пред чеченскому и Галуниной.

Высеваемость дизентерийных бактерий составила всего лишь 5,8%, из них: бактерии дизентерии Шига-Крузе выделены в 29%, бактерии Гисс-Флекснера в 58% и бактерии Шмитц-Штуцера в 13% случаев. Не исключено, что причиной низкой высеваемости бактерий было раннее,

уже на первых этапах эвакуации, применение бактериофага и сульф' амидных препаратов..

Однако при копроскопии диагноз дизентерии подтвердился лишь в 43% случаев.

Положительная реакция копроагглютинации по Предтеченскому наблюдалась у 55,6% больных и положительная реакция копроагглютинации по Галуниной — у 46,9%.

В историю болезни заносились краткие эпидемиологические данные, в том числе и указание о проведенной вакцинации. Разумеется, все больные, как привитые, так и непривитые, подвергались одинаковому лечению.

Заболеваемость дизентерией среди личного состава за этот период была вообще невелика, составив всего лишь 4% личного состава частей. Наблюдались главным образом единичные, спорадические заболевания. Своевременное выявление больных, изоляция их, фагопрофилактика контактировавших с больными, меры личной гигиены при надлежащем санитарном надзоре за пищеблоками, водоснабжение,м и местами общего пользования значительно снижали возможность заражения и заболевания дизентерией. Однако объяснить низкую заболеваемость дизентерией одними лишь общесанитарными мероприятиями нельзя.

Как показало наше изучение, существенное значение имела активная специфическая профилактика — вакцинация. Об этом свидетельствуют цифры заболеваемости дизентерией среди привитых и непривитых. Так, например, вакцинированные поливакциной НИИСИ в числе заболевших составляли 2,5%, а непривитые — 22,6%.

Таким образом, несмотря на однотипные условия, в которых находились бойцы, налицо резкая разница в заболеваемости дизентерией среди привитых и непривитых. Привитые поливакциной НИИСИ заболевали дизентерией в 11 раз реже, чем не подвергавшиеся вакцинации.

Этот факт свидетельствует о большом профилактическом значении, поливакцины НИИСИ в отношении бациллярной дизентерии. Следует 'полагать, что ревакцинация личного состава поливакциной НИИСИ, проводимая в плановом порядке, еще более повысит иммунную устойчивость организма к дизентерии. Разумеется, выяснением этого вопроса нужно заняться особо.

Поливакцина НИИСИ выгодно отличается от других тем, что она более удобна: при однократной инъекции она дает иммунитет не только к дизентерии, но и $ другим важнейшим инфекционным заболеваниям. Это позволяет рекомендовать поливакцину НИИСИ для широкого применения в Красной Армии.

Мы проследили влияние этого препарата и на течение дизентерийного процесса у больных. По нашим данным, у привитых процесс протекал легко в 36,4% случаев, средне — в 56,7%, тяжело — в 6,9% случаев. У непривитых процесс протекал легко в 15% случаев, средне — в 73,9% и тяжело —в 11,1% случаев. Терапевтические же мероприятия (сульфамидотерапия, фаготерапия и др.) для обеих групп были одинаковыми. Летальных исходов не было.

Вакцинация повлияла и на объективные симптомы поражения кишечника у дизентерийных больных. У привитых кровь в испражнениях выделялась в течение 5,3 дня (в среднем), слизь в течение 6,4 дня. У непривитых: кровь — 6,5 дня и слизь — 9,6 дня. Очевидно, вакцинация дает организму не только общую устойчивость, но и повышает местную резистентность стенок кишечника.

Иммунный организм быстрее справляется с инфекцией, вследствие чего быстрее заканчивается воспалительный процесс в кишечнике, и как следствие этого выделение крови и слизи с испражнениями прекращается быстрее.

Выводы

1. По нашим данным, полученным на большом материале и в благоприятных для наблюдений эпидемиологических условиях, заболеваемость бациллярной дизентерией среди привитых поливакциной НИИСИ в 11 раз ниже заболеваемости непривитых.

2. Под влиянием вакцинации изменяется и характер течения дизентерийного процесса: возрастает (по сравнению с непривитыми) частота легких форм дизентерии и уменьшается частота тяжелых случаев.

3. Иммунный организм быстрее справляется с инфекцией, быстрее заканчивается воспалительный процесс в кишечнике и как следствие этого выделение крови и слизи с испражнениями прекращается раньше, чем у непривитых.

4. Большой профилактический эффект поливакцины НИИСИ в отношении бациллярной дизентерии, наряду с большим удобством ее применения (однократность инъекции), а также возможность одновременного получения иммунитета к другим заболеваниям дают основания рекомендовать этот препарат для иммунизации личного состава Красной Армии.

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Подполковник-мед. службы А- А. ПУХАЛЬСКИЙ

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ ТРЕНИРОВКЕ ЛЕТНОГО СОСТАВА В БАРОКАМЕРЕ

Никогда в истории войн авиация еще не находила такого массового применения, как во вторую мировую войну 1939—1945 гг. В этой войне почти ни одна оперативно-тактическая или стратегическая задача не решалась без участия авиации. Расширились, стали сложными и многообразными задачи авиации во взаимодействии с остальными родами войск.

Разгром фашистской Германии и японских агрессоров показал силу и мощь Красной Армии и превосходство нашего воздушного флота над воздушным флотом противников.

Современное военное и народно-хозяйственное значение авиации и дальнейшие перспективы ее развития требуют непрерывной и глубоко научной конструкторской и медицинской работы. Нельзя отрывать современную совершенную авиационную технику и ее использование от создателя этой техники — человека.

Чтобы двигать вперед военную науку вообще и в частности авиационную, необходимо глубоко и всесторонне изучить опыт Великой отечественной войны советского народа против немецко-фашистских захватчиков и японских агрессоров. В этом должны принять участие наши авиационные медицинские научно-исследовательсцие учреждения и научно мыслящие авиационные врачи.

В период войны мы сделали попытку использовать массовую тренировку летного состава в барокамере для выявления индивидуальных особенностей в переносимости высоты и составления схемы индивидуального подхода при оценке годности к летной службе в различных соединениях авиации. В этой статье обобщена лишь небольшая часть накопленного нами и еще не обработанного полностью материала.

К сожалению, литературы по этому вопросу за время Великой отечественной войны мы не нашли. Это безусловно затрудняет разработку нашей темы. Приходится пользоваться лишь работами довоенного времени, которые довольно подробно освещают вопросы влияния тренировки в барокамере на различные органы и системы организма летчика, но мало касаются индивидуального подхода и диференциации летного состава по родам авиации, в зависимости от результатов тренировки.

В. Н. Павловский в своей работе «Опыт систематической тренировки в барокамере (1939)» говорит об испытании летного состава путем двукратного подъема в барокамере и представлении на врачебно-летную комиссию «высотного паспорта» для правильной оценки годности каждого летчика к высотным полетам. В некоторых официальных указаниях ВВС Красной Армии говорится, что при нарушении нормальных отправлений организма во время втягивания в высотные полеты схема тренировки видоизменяется, переход к следующему упражнению приостанавливается и упражнение повторяется до восстановления исходного состояния организма. В нашей работе (Пухальский, Влияние высотной тренировки в барокамере на ЛОРорганы, 1941) от-

мечено, что тренировка к высоте приобретается индивидуально. Проф. Г. Г. Куликовский («Авиационная медицина», Медгиз, 1941, отдел третий — «Врачебно-летная экспертиза») говорит, что если при повторном подъеме в барокамере у испытуемого обнаруживается непереносимость высоты, то кандидат в авиашколу считается негодным, а летный состав направляется на стационарное испытание для выяснения причин такой, непереносимости.

Мы тренировали в барокамере несколько сот человек. Данная работа охватывает небольшую часть их— 112 человек, из которых 50 летчиков, 53 штурмана и 9 стрелков-радистов. Это люди в возрасте от 23 до 30 лет со стажем летной работы от 2 до 5 лет.

Приступая к тренировке в барокамере, мы поставили задачу после первого подъема распределить всех тренирующихся на три группы: в первую группу относились лица, хорошо переносящие барометрические перепады и кислородное голодание; во вторую — плохо переносящие барометрические перепады; в третью группу — плохо переносящие кислородное голодание. Поводом к такому распределению на группы после первого подъема послужили наши наблюдения, отмеченные в работе «Влияние высотной тренировки в барокамере на ЛОРорганы» (1941). Эти наблюдения показали, что лица, плохо перенесшие первый подъем, плохо тренируются и в дальнейшем.

Первый опыт производился обычно: подъем 10 минут до высоты 5 000 м, пребывание на этой высоте без кислорода 30 минут и спуск 12 минут. Лица, которые перенесли первый подъем без видимых изменений или с незначительными субъективными и объективными изменениями, относились к первой группе и продолжали тренировку по обычной схеме. Попавшие в эту группу в первом подъеме чувствуют себя хорошо, на высоте жалоб не заявляют, явления гипоксемии у них слабо выражены; йри спуске также или совсем не жалуются на боли в ушах и придаточных пазухах носа, или отмечают лишь незначительные и кратковременные боли. Объективно в этой группе после спуска мы не отмечаем никаких изменений со стороны ушей или наблюдаем незначительную гиперемию барабанных перепонок в верхних отделах (в шрайнелевой части), распространяющуюся у некоторых по рукоятке молоточка.

Ко второй группе относились те лица, которые при спуске в барокамере отмечали значительные боли в ушах или в придаточных пазухах носа в различной степени. Объективно у них отмечалась почти тотальная или тотальная гиперемия барабанных перепонок и хронические заболевания придаточных пазух носа в той или иной степени. Эта группа проходила тренировку по специальной схеме (табл. 1).

Таблица 1

Тренировка в барокамере лиц, плохо переносящих барометрические перепады ,
(вторая группа)

№ упражнений	Высота в м	Время в минутах		
		подъем	пребывание на высоте	спуск
1	**6 000**	**12**	**30**	**15**
2	**6 000**	**11**	**60**	**14**
3	**6000**	**10**	**60**	**13**
4	**6 600**	**9**	**30**	**12**
5	**6 500**	**8**	**60**	**11**

В третью группу относились лица, которые плохо переносили кислородное голодание: уже в первые 20—30 минут пребывания на высоте 5 000 м без кислородной маски они жаловались на головные боли, одышку, сонливость, потливость, иногда тошноту и даже рвоту. Объективно у них наблюдалась резкая бледность лица, резко выраженный

цианоз губ, сонливость, подавленность, они мокры от пота. Такое состояние часто незаметно ведет к обмороку: тренирующийся скован, неподвижен, как бы засыпает и быстро теряет сознание. Эту группу мы тренировали по специально составленной для нее схеме (табл. 2).

Таблица 2

Тренировка в барокамере лиц, плохо переносящих гипоксемию (третья группа)

№ упражнения	Высота в м	Время в минутах		
		подъем	пребывание на высоте	спуск
1	5 000	10	15	12
2	5 000	9	30	И
3	5000	8	45	10
4	5 000	8	60	9
5	5 500	8	15	8
6	5 500	8	30	8
7	5 500	8	45	8
8	5 500	8	60	8

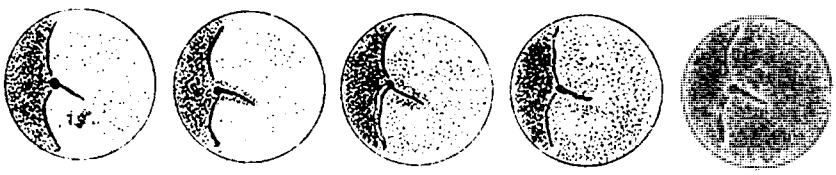
Лица этой группы требуют постепенного втягивания в высотный полет и большой бдительности врача во время пребывания их на высоте в барокамере. В большинстве случаев они в первые Же 10—15 минут пребывания на высоте сами хватаются за кислородную маску или их приходится заставлять делать это, чтобы избежать обморока.

Конечно, в группах могут быть и другие варианты, кроме намеченных.

Для того чтобы представить более подробно возможные варианты, мы разбили наших тренирующихся еще на следующие подгруппы: . **1** группу — на 1а и 16, II группу — на Па, Пб и Пв; III группу — на Ша, Шб и Шв».

При такой разбивке на группы и подгруппы мы исходили из степени субъективных й объективных изменений у тренирующихся под влиянием барометрических перепадов и кислородного голодания.

Для большей наглядности и ясности степени учитывающихся нами объективных изменений со стороны ушей у тренирующихся приводим рисунок, показывающий реакцию барабанных перепонок при тренировке в барокамере.



Кроме учета гиперемии барабанных перепонок как реакции среднего уха на барометрические перепады, мы проверяли также слух на шоПотную речь и барофункцию ушей до и после каждого подъема в •барокамере. Большие объективные изменения получаются у лиц, стра-

[1] По отоскопической картине после воздействия перепадов давления.

тренировки, а при плохих перевод в группу IIб

Невысотная

Значительно выраженны бледность лица и цианоз губ

рвота при
зультатах

сутст

уппа Iб

Группа IIа

Группа IIб

не-
іах
или придаточных пазухах носа

Отсутствие или незначительные жалобы на

уппа IIб

Групп IIIв

дающих катарром евстахиевых труб и среднего уха и другими заболеваниями ушей, нарушающими вентиляционную способность евстахиевых труб, а также у страдающих расстройством носового дыхания на почве искривления носовой перегородки, гипертрофических и вазомоторных ринитов и т. д. Если эти заболевания не устраняются лечебными и профилактическими мероприятиями, то тренировка ничего не дает, и эти лица остаются в группах, намеченных по первому подъему. Для наглядности и более ясного представления о субъективных и объективных изменениях у различных групп, тренирующихся в барокамере, приводим табл. 3.

Ясно, что и нашу схему разбивки на группы нельзя рассматривать как нечто неизменное. Но схема поможет авиационному врачу осуществить индивидуальный подход при тренировке летного состава в барокамере. Понятно, что при таком индивидуальном подходе к тренировке необходимо предварительно тщательно изучить каждого, собрать полный общий и авиационный анамнез и произвести подробное объективное обследование. Иногда уже после такого предварительного изучения перед тренировкой удается наметить группу, в которую следует отнести данное лицо. Конечно, бывают и такие случаи, когда при первом подъеме результаты плохие, а при последующих — хорошие. Отсюда возможность перехода из одной группы в другую после окончания тренировки и учета всех данных.

Выводы

1. Для более правильной тренировки в барокамере летного состава «еобходимо проводить ее по трем индивидуальным схемам.

2. Разбивку на группы для тренировки в барокамере следует производить после тщательного и подробного изучения жалоб, анамнеза (общего и авиационного) и первого подъема в барокамере.

★

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Проф. доктор мед. наук С. А. ПРЕОБРАЖЕНСКИЙ

ВОЕННАЯ ПСИХИАТРИЯ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Изучение опыта минувших войн имеет огромное значение. Изучая опыт прошедшей войны, внося в него поправки на современность, врачи стараются найти критерии для решения лечебных и организационные вопросов. Опыт прошлых войн, разумеется, имеет огромное значение и для военных психиатров. Поэтому я считаю полезным поделиться опытом военной психиатрии в период первой мировой войны (1914—1918 гг.).

Первая мировая война (1914—1918 гг.) велась многомиллионными армиями. Эти армии комплектовались путем мобилизации широких кругов населения различных возрастов и состояний. При такой мобилизации в армии неизбежно попадали не только предрасположенные к душевным болезням, но и больные, и болевшие ранее, но в момент мобилизации находившиеся или в светлом промежутке, или в стадии «социального выздоровления».

Громадная протяженность фронта, позиционный характер войны, широкий масштаб боевых операций, применение тяжелой артиллерии, варварское обращение немцев с пленными и многие другие особенности первой мировой войны представляли новые вредоносные факторы, губительно действовавшие и на здоровый организм воина', не говоря уже о предрасположенных к заболеваниям душевными болезнями или страдавших ими.

В связи с новыми условиями комплектования армии (массовые мобилизации) совершенно изменился вопрос о числе душевнобольных в армиях. Так как, по понятным причинам, вообще неизвестно было число мобилизованных, то отпадал и вопрос о процентном отношении числа заболеваний, которое так тщательно опоеделялось в прошлые войны как сравнительный показатель душевного здоровья войск.

В вопросе о статистике душевных болезней в армиях в первую мировую войну мы встречаемся с большими затруднениями. Ни в одной из воюющих армий число душевнобольных во время войны не было известно, так как вообще не было правильно организованного сбора сведений. В России ведение этой статистики началось на второй год войны. Правильные формы статистика приняла лишь в 1916 г., когда было учреждено Объединенное статистическо-психиатрическое бюро Союза земств и городов, которым заведовал П. П. Кащенко.

Из данных бюро видно, что в общей массе выбывших из психиатрических больниц военных больных первое место (62%) Принадлежит душевнобольным в точном смысле этого слова. Следующее место занимает врожденное умственное недоразвитие (7,3%), почти столько же было травматических психозов (7,2*/о); затем идет эпилепсия с психопатическими осложнениями (4,6%), истерия или неврастения с психозами (2,4%). Меньше всего было выздоравливающих или выздоровевших после психозов (0 4%). Неврозов и нервных болезней без психозов было вдвое меньше, нежели психических болезней, — 31,% всего числа выбывших. По формам болезней в этой группе первое место принадлежит эпилепсии без психопатических осложнений (12.2%); близко к пей примыкает истерия или неврастения без явлений психоза (11,1%); затем идут травматические формы болезней без психозов (4,9%); на последнем месте стоят нервные болезни (2,4%).

В начале военных действий возник ряд вопросов чисто организационного свойства, заставивших обратиться к пересмотру материала и предварительному учету больных. В основу был взят материал русско-японской войны с изменениями применительно к новым условиям. Особенностью войны 1914—1918 гг. явилось запрещение казенной продажи вина и ожидаемое уменьшение процента душевнобольных среди мобилизованных в армию. Предполагалось, что цифру японской войны 2%о нужно понизить до 1,5'/оо, так как считалось, что отсутствие алкоголя, близость к родине, «бодрый дух», «частые победы» понизят число больных. План организации помощи душевнобольным воинам исходил из предположения, что больных будет около 10 000 (Бехтерев, Вырубов, Прозоров). Действительно, запрещение продажи спиртных напитков снизило общее число больных, поступивших в психиатрические больницы крупных центров (Суханов). Вскоре стали поступать описания и наблюдения с театра военных действий. Постепенно выяснилось, что эта война ставила нас перед совершенно новыми задачами и вопросами в области терапии душевнобольных и требовала совершенно особых мер организованной помощи. По мере роста масштаба военных действий, переключения на обслуживание фронта всей хозяйственной жизни страны вопрос о

душевнобольных и помощи им стал одним из крупнейших вопросов призрения и эвакуации, привлек много учреждений и работников, вызвал ряд совещаний, съездов и статей.

Вскоре при этом выяснилось, что самую главную, существенную особенность войны составляет большое количество форм с травматической этиологией, хотя явления этого рода были известны еще в японскую войну, но в таком незначительном проценте (1,3—3,6), который совершенно тонул в формах алкогольной, сифилитической и другой этиологии. Первые поступившие партии больных привлекли внимание именно травматическими особенностями.

Вторым отличием оказалось большое число душевнобольных, постепенно возраставшее с увеличением числа мобилизованных, вследствие плохой экспертизы и недостаточной фильтрации в приемных присутствиях. Эти нераспознанные душевнобольные, часто хроники, побывавшие не раз в больницах, участвовали в боях, подвергались контузиям, ранениям, лишениям, всем тяготам военной обстановки, попадали в плен, возвращались на родину. Их заболевание обнаруживалось уже тогда, когда больной с резко выраженным психозом попадал! на психиатрический сборгтый пункт или по поводу ранения, контузии или общего заболевания в обычный лазарет. Группа душевнобольных активных бойцов в эту войну была особенно многочисленной. Возникал ряд вопросов о -влиянии военных факторов на течение болезни. Сказанное относится как к больным, попавшим в армию с развитой формой заболевания, так и с предрасположением к нему.

Разработка вопросов военной психиатрии велась с разных сторон. Часть работ относится к общему вопросу о психозах войны. Авторы пытались установить ориентирующую точку зрения на основании истории -вопроса и общих впечатлений первого периода войны. Отрицая наличие особых форм военных психозов и новых этиологических моментов в сравнении с мирным временем, этн авторы в принципе признают, что война значительно видоизменила многие стороны явлений, до сих пор хорошо нам знакомых (Суханов, Вырубов, Хорошко, Урштейн).

В постановке вопроса о психозах военного времени возник ряд методологических затруднений. Одни авторы группировали душевные заболевания по периодам войны (мобилизация, боевая обстановка). Этот так называемый «локальный принцип» нашел свое наиболее яркое выражение в попытке Гервера, который предложил делить психозы войны на боевые, окопные н тыловые (1915). Хотя он, как и другие авторы, считал, что война не дает новых специальных форм психоза, тем не менее военная или боевая ситуация отражается на возникновении форм душевных заболеваний.

В обстановке боя ' с его аффектами, по мнению автора, развиваются главным образом острые психозы, например, острая спутанность, острые кататонические состояния, острое возбуждение с бредом и галлюцинациями. В обстановке окопной войны преобладает депрессивный характер возникающих психозов с явлениями страха и тревожного ожидания. Тыловые психозы носят главным образом неврастенический характер, вернее, психастенический, с навязчивыми идеями и фобиями.

Хотя Гервер и делает попытку выяснить закономерности на основании локального принципа, его рассуждения покоятся на ложных основаниях.

Акад. В. П. Осипов дал исчерпывающую критику этой попытки. Эта закономерность, указывает он, очень и очень приблизительна. В разной боевой обстановке встречаются сводные психозы, н, наоборот, одних и тех же условиях возникают различные заболевания, и нет оснований выделять тыловые психозы и др. Кроме того, этиологические факторы так переплетаются, а симптоматика психозов, наблюдавшихся 1П 31а1и пазсепсН, бывает часто так трудна для распознавания, что серьезно затрудняет первичную диагностику, которая может быть установлена окончательно только г.озже. Другая точка зрения кледет в основу клиническое изучение психозов военного времени как таковых, причем локальному принципу не придается особого значения. Указывал, что психозы войны слагаются из двух больших групп: а) вызванных боевой обстановкой; б) обычных, но обострившихся под влиянием военных событий авторы' считают, что во главу изучения нужно поставить наиболее строгое разграничение этиологических моментов мирного периода, поскольку это возможно в отношении душевных заболеваний военного времени.

У душевнобольных, активных участников военных действий 1914—1918 гг. и эвакуированных в тыл, наиболее часто наблюдалась шизофрения, майиакальио-депрессивный психоз, эпилепсия и травматический психоневроз.

Шизофрения у отдельных участников военных действий, подвергшихся ранению и контузии, большей частью протекала ,в обычной форме мирного времени, но некоторые случаи отличались военной окраской бреда и галлюцинаций. Кататоническая форма при контузии принимала тяжелое течение.

Встречались осложнения шизофрении картинами травматического психоза. У этил больных после острых явлений травматического психоза развивалась "типичная картина шизофрении. Влияние условий войны на начало заболеваний не было установлено. Нужно считать, что представители этой группы прибыли на фронт уже больными.

При маниакально-депрессивном психозе на -войне выступает значение врожденного предрасположения. Война дает много случаев повторения фаз в связи с контузией, ранениями, соматическими болезнями, лишениями. В другой части случаев есть основание говорить о предрасположении, приобретенном вследствие -Тех Же условий;

Депрессивные состояния в этой группе встречались чаще, чем маниакальные. Нет оснований считать депрессивные состояния особад.чостью психозов военного времени вообще. Эти состояния более или менее типичны и приближаются к картине мирного времени, хотя имеют военную окраску в содержании бреда и галлюцинаций, встречаясь в других группах (шизофрения, травматический психоз), депрессивные состояния не являлись особенностью этой войны и тонули в массе других форм, вопреки наблюдениям, сделанным во время русско-японской войны.

Влияние войны на эпилепсию выражается в учащении припадков или возобновлении их. Большинство эпилептиков, возвращенных с фронта, указывало на начало эпилепсии в детстве и продолжение ее на фронте. При эпилептических психозах преобладали указания, что до войны наблюдались более легкие проявления эпилепсии.

Небольшое количество случаев прогрессивного паралича не давало возможности делать определенные заключения о влиянии -войны на его течение. Во всех случаях указывались обычные сроки инкубационного периода люэтической инфекции и обыч ная картина течения.

Душевные заболевания воинов, возвращенных из плена, принадлежали к обычным нозологическим группам, но их особенностью являлось влияние истощения, тяжелых, длительных аффективных состояний (депрессий), отягчающих картину болезни.

Группа беженцев состояла из истощенных стариков, эпилептиков с учащением припадков в связи с войной, маниакально-депрессивных больных, в связи с войной давших рецидивы или получивших психическую травму.

Как и в прошлых -войнах, в первую' мировую войну в боевой обстановке встречались истерические психозы у предрасположеннцх к ним.

Из отдельных более или менее постоянных симптомов -военного времени следует отметить бред пленения как разновидность бреда преследования. Он встречался при самых разнообразных формах психозов.

Бред с -военной окраской у больных носил большей частью эпизодический характер; крайне редко обнаруживались систематизированные формы.

В психиатрических учреждениях тыла наблюдались тяжелые формы травматического психоневроза, при которых, наряду с расстройствами чувствительности, речи и судорожными явлениями, преобладали спутанность, галлюцинации, резкая депрессия, мутиэм, психомоторная задержка. В этом и выражались типичные особенности данной формы.

Обобщая опыт всех стран, участвовавших в -войне 1914—1918 гг., акад. В. П. Осипов указывает, что, вопреки предположениям психиатров периода русско-японской войны (Шг-йкевич и др.), первая мировая война опровергла мнение о специфичности психозов, обусловленных военными факторами. С несомненностью установлено, что эти факторы не создают каких бы то ни было новых форм психозов, а патогенез их и самые заболевания остаются .прежними, уже известными и изученными. Новой, не свойственной условиям жизни мирного времени, является патопластика, т. е. внешнее выражение психоза и содержания бреда больных. Иными словами, военная патопластика так же отражается на клинической картине заболеваний психозом в военной обстановке, йак отражаются в клинической картине больных те или иные события, те или иные идеи, переживаемые ими в мирное время. В военной обстановке могут развиваться все психозы, которые мы наблюдаем в мирное время,, с указанной разницей их клинической картины в смысле патопластикл'.

Между психиатрическим опытом первой мировой войны и Великой отечественной войны несоизмеримая разница:

1. В царской армии не было такой экспертизы, которая могла бы профилактизировать армию от проникновения неполноценных в нервно-психическом отношении контингентов.'

2. Не было тщательно поставленного распознавания и госпитально-клиничееко^го лечения. Оно стало возможным лишь в связи с общим прогрессом советской психиатрической науки. Поэтому во время Великой отечественной войны было более успешным лечение и больные быстрее -возвращались в строй.

3. Значительно уменьшилось число заболеваний в мирное время перед войной в сравнении с годами, -предшествовавшими первой мировой войне.

Подчеркивая эту разницу и прогресс психиатрии во время Великой отечественной войны, мы в заключение хотели бы установить большое методологическое значение сравнительно-исторического изучения вопросов психиатрии военного времени. В связи с Пережитыми нами войнами—русско-японской, первой мировой, Великой отечественной—собран и продолжает накопляться как в нашей, так и в зарубежной литературе большой материал, разработка которого в области организационной, экспертной, госпнтально-клиииической, профилактической и др. создает широкую научно-практическую базу для дальнейшего изучения и усовершенствования большого круга вопросов, которые входят в область психиатрии военного и послевоенного времени.

[1] Акад, В. П. Осипо-в, Вопросы психиатрического распознавания и определение годности к военной службе, Ленинград, 1944.

В УЧЕНОМ МЕДИЦИНСКОМ СОВЕТЕ ПРИ НАЧАЛЬНИКЕ ГВМУ ВС СССР

ХРОНИКА СОВЕЩАНИЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ И ОТО-ЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДСЕКЦИЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ УМС ПРИ НАЧАЛЬНИКЕ ГВСУ КРАСНОЙ АРМИИ

8—11 октября 1945 г. в Москве происходили совещания офталмологической, стоматологической, урологической и ларингологической подсекций хирургической секции Ученого медицинского совета при начальнике Главного воениотсаиитарного управлении Красной Армии. Одна из главных задач этих совещаний заключалась в том, чтобы подвести предварительные итоги оказания специализированной помощи раненым и больным в действующей армии и в округам во время Великой отечественной войны и наметить задачи на мирный период.

На совещании офталмологической подсекции присутствовало 46 окулистов: главные окулисты фронтов, исполняющие обязанности окружных окулистов, начальники и ординаторы глазных отделений эвакогоспиталей фронтов и госпиталей округов, окулисты глазных групп ОРМУ и т. д.

Первое заседание открылось докладом главного окулиста Красной Армии полковника мед. службы проф. Н. А. Вишневского—«Организация и состояние глазной помощи в Красной Армии в Великую отечественную войну». О состоянии глазной помощи на фронтах сделали доклады главные окулисты фронтов: полковник мел. службы С. Н. Смирнов (1-й Белорусский фронт), подполковник мед. службы И. И. Тихомиров (4-й Украинский фронт), подполковник мед. службы А. И. Волоконенко (1-й Украинский фронт), майор мед. службы Ц. О. Шарканская (2-й Украинский фронт), майор мед. службы А. Г. Кроль (3-й Украинский фронт). Об оказании глазной помощи в армии сделали доклады майоры мед. службы ■С. М. Васильев и М. Я. Хейфец, об организации и состоянии глазной помощи в округах— полковник мед. службы Я. В. Шилин (ПРИВО) и подполковник мед. службы М. Н. Михайлов (САВО).

Подполковник мед. службы В. П. Пивоваров доложил об Организации и состоянии лечебной помощи в глазном отделении госпиталя № 408 при (ранениях и заболеваниях глаз, майор мед. службы М. Н. Пиняева — о работе армейского авиационного госпиталя в последний год войны.

Докладчики отметили определенные организационные достижения по оказанию глазной помощи в Великую отечественную войну.

Была создана стройная система оказания глазной помощи раненым и больным из различных этапах эвакуации. Из год в год улучшалось качество лечебного обслуживания глазных раненых и больных и увеличивалось число возвращенных в часть. Зз три года войны из числа глазных раненых возвращено в часть 52,6%, направлено в батальоны выздоравливающих 6% и признано ограниченно годными 13,4% (всего 72%). Из числа глазных больных возвращено в часть от 86,7% до 97,6%. Создан институт штатных главных окулистов фронтов, а также институт внештатных армейских окулистов. Это обеспечило систематическое руководство и контроль за оказанием своевременной и преемственной глазной помощи в армиях и фронтах. На всех фронтах проводилась подготовка войсковых врачей и среднего медицинского персонала для оказания раненым первой глазной помощи. Подготовка велась по утвержденным ГВСУ Красной Армии учебным планам и программам. Начиная с 1942 г., при Центральном институте усовершенствования врачей на базе Государственного центрального института офталмологии им. Гельмгольца подготовлено 160 военных окулистов. Там же были проведены и краткосрочные курсы для ознакомления исполняющих обязанности фронтовых окулистов с электромагнитный! операциями, рентгенодиагностикой и локализацией инородных тел в глазу. На некоторых фронтах была организована подготовка окулистов также и в специализированных госпиталяк фронта.

ГВСУ Красной Армии издало директивные указания, наставления и инструкции, а также пособия по военной офталмологии, которые способствовали внедрению единых методов исследования и лечения глаз. Кроме того, на различных фронтах и в округах издано много работ, касающихся боевых повреждений глаза и его придатков. Авторы этих работ—военные окулисты. Результаты работы окулистов Красной Армии во время Великой отечественной войны подытожены в изданных ГВСУ в 1944 г. «Указаниях по военной офталмологии».

Во фронтовом и частично в армейском районе организована электромагнитны помощь. Так, все госпитали фронтовой базы 1-го Белорусского фронта пол учил х мощные электромагниты.

Внесены и частично реализованы многие рационализаторские предложения окулистов. Проведена большая научно-практическая работа, которая выразилась в созыве научных офталмологических конференций, совещаний, организации докладов и публикации работ по наиболее актуальным вопросам военной офталмологии.

Улучшилось оснащение глазных групп ОРМУ и глазных отделений госпиталей инструментарием, аппаратурой, корригирующими очками. Во время войны были изготовлены протезы-индикаторы Комберга-Балтина для рентген&нокализации инородных тел в глазу, иглы Якоби для производства дакриоцисториностомии, лечебные глазные протезы, постоянный магнит и т. д. На 1-м Белорусском фронте организована прекрасная оптическая мастерская.

Наряду с достижениями, были, разумеется, и недостатки. Доокулистическая помощь оказывалась не вполне удовлетворительно, вследствие недостаточной подго топки войсковых врачей и врачей МСБ в области распознавания и лечения повреждений и заболеваний глаз. Оказание глазной помощи иногда запаздывало. Штат глазной группы ОРМУ оказался мал (один окулист в ЛОРофталмологической группе). Объединение в одной группе офталмологов и ото-ларингологов практически не оправдано. Многие фронты неудовлетворительно снабжались корригирующими очками, специальной глазной аппаратурой и глазным инструментарием. Качество косметических глазных протезов было низкое. Совершенно неудовлетворительно было организовано снабжение окулистов специальной литературой.

В прениях по докладам выступили: майоры мед. службы Н. М. Кипарисов, Ц. О. Ша.рканская и М. Г, Розенцвейг, подполковник мед. службы С. Н. Смйрнов и др.

На втором заседании обсуждался вопрос об оказании электромагнитной помощи при повреждениях глаз во время Великой отечественной войны. С докладом по этому вопросу выступил полковник мед. службы Н. А. Вишневский. Об оказании электромагнитной помощи при боевых повреждениях глаз на фронтах доложили полковник мед. службы проф. Б. Л. Поляк (ВМА), майоры мед. служба Кроль (3-й Украинский фронт). С. М. Полнер (1-й Белорусский фронт) и подполковник мед. службы М. Б. Чутко.

Докладчики отметили, что электромагнитная помощь в организационном отношении являлась сложной частью работы окулиста на фронте. Основными моментами, тормозившими развитие электромагнитной помощи в действующей армии в первые два года войны, являлись: 1) недостаточная практическая подготовка большинства офталмочирургов в этом разделе глазной хирургии; 2) неудовлетворительная подготовка рентгенологов и офталмохирургов в области рентгенодиагностики и ре нтге но локализации инородных тел в глазу и орбите; 3) недостаток электромагнитов. Основной принцип магнитной помощи при боевых ранениях — ее своевременность—? не выдерживался.

Начиная со второй половины 1943 г., состояние магнитной помощи в действующей армии заметно улучшилось и достигло значительных успехов к концу 1944 г. и особенно в 1945 г. Количество электромагнитов возросло на всех фронтах. Значительно повысилась квалификация офталмохирургов, освоивших технику диасклерального метода извлечения инородных тел из глаза и рентгенолоюализации осколков в глазу.

На отдельных фронтах (1-й Белорусский фронт) произведено несколько сот операций в 1943—1944 гг. Силами групп ОРМУ была арганизовсна магнитная помощь в армейском районе, что ускорило сроки ее оказания. Но все же в оптимальные сроки (1—2 суток) операции производились очень редко. Не везде проводилась рентгенолокализация методом Комберга-Балтина. В некоторых госпиталях применялся передний путь извлечения осколков из заднего отрезка! глаза.

Майор мед. службы И. Э. Барбель в докладе «Дискуссионные вопросы военной офталмологии». предостерегая от проведения обычной магнитной пробы, рекомендовал пробу Гейликмана (магнитная проба под контролем офталмо^копа). По вопросу о показаниях к извлечению осколков из глаза прн отсутствии воспалительных явлений докладчик придерживается радикальной точки зрения. Он считает необходимым извлекать осколки, если глаз имеет высокую остроту зрения. Множественные осколки не дают реакции, особенно если они находятся в единственном глазу.

Подполковник мед. службы П. Я. Болгов сообщил об экспериментальных исследованиях на кроликах. Он проверял возможность извлечения осколков из заднего отдела глаза передним путем. Патологоанатомический материал убедительно показывает губительное действие магнита в тех случаях, когда он используется передним путем для извлечения осколков из заднего отдела глаза.

Подполковник .мед. службы В. П. Пивоваров сделал доклад об оказании электромагнитной помощи при ранениях глаз в военном госпитале № 405 в годы Великой отечественной войны.

По вопросу об оказании электромагнитной помощи выступили в прениях: проф. М. М. Балтин, подполковники мед. службы С. Н. Смирнов, А. И. Волоконенко, майоры мед. службы И. Э. Барбель, И. А. Кореневич и Б. И. Нисселович, полковник мед. службы проф. Б. Л. Поляк и др.

Совещание наметило ряд конкретных мероприятий для улучшения организации магнитной помощи в военное время (организация пунктов магнитной помощи не только во фронтовом, но и в армейском районе, укомплектование армейских и фрон

товых групп ОРМУ офталмохирургами, подготовка для этой цели окулистов, организация пунктов магнитной помощи и их дислокация в зависимости от характера боевой операции, использование авиатранспорта для раненых, нуждающихся в магнитной помощи, признание наилучшим методом рентгенолокалнзацни инородных тел глаза способа Комберпа-Балтина, ограничение применения магнитной пробы, способ извлечения осколка главным образом диасклеральным путем и т. д. Передним путем должны извлекаться осколки, которые лежат в передней камере, радужной оболочке, задней камере, из мутного хрусталика и т. д.

На следующих заседаниях были заслушаны доклады: майора мед. службы Н. М. Кипарисова о клинике и благоприятных результатах комплексной как общей, так и местной терапии свежих контузий глазного яблока; майора мех службы Д. И. Березинской о лечении с положительными результатами ранений и заболеваний глаз и их придатков пенициллином; полковника мед. службы проф. Е. Ж- Трона о динамичности гемианопсий при огнестрельных ранениях черепа; подполковника мед службы Е. М. Белостоцкого о зрительных нарушениях при отдаленных последствиях травм черепа у летного состава; майора мед. службы И. А. Кореневича о пластике век и конъюнктивального мешка; проф. А. А. Колена о некоторых новых методах в пластических операциях.

Майор мед. службы Я. Н. Элькин и капитан мех службы Р. Ф. Несии поделились своими наблюдениями о первично отсроченных швах при ранениях век. Докладчики считают, что при первичной пластике -при ранениях век нужно руководствоваться не сроком, прошедшим с момента ранения, а состоянием раны.

Кроме того, с докладом о работе врача-окулиста выступал ча совещании манор мед. службы К. А. Забугин и с докладом об экспертизе глаз в -мстях военно-воздушных сил —майор мед. службы К. А. Забугнн и капитан мед. службы С. К. Гуревич.

В прениях по докладам проф. Э. Ф. Левкоева говорила о необходимости наложения швов на роговицу и склеру. Проф. В. П. Страхов рекомендовал косой шов при ранениях век в области внутреннего отдела глазного яблока. Он считает излишний насечки в лоскуте при свободной пластике кожи на веках. Что же касается пластики по Кунту, то докладчик согласился с проф. Э. Ф. Левкоевой и признал, что делать чту операцию при ранениях роговицы не всегда необходимо. Майор мед. службы В. А. Титова для восстановления конъюнктивального мешка советовала делать насечки слизистой в нескольких местах с последующей тугой тампонадой марлевыми тампонами, пропитанными рыбьим жиром. Полковник мед. службы Б. Л. Поляк рекомендовал -способ электрокоагуляции, предложенный полковнико!и «мед. службы Я. В. Шилиным.

Совещание признало необходимым издать соответствующее оуководство по вогросу о пластических операциях на придатках глаза и окружающих частях глазницы после ранения и ожогов.

На утреннем заседании были приняты резолюции, наметившие ряд мероприятий по дальнейшему усовершенствованию глазной помощи гари повреждениях и заболеваниям глаз.

На объединенном заседании офталтиологической, стоматологической, ларингологической, урологической подсекций выступил заместитель главного хирурга Красной Армии генерал-лейтенант мед. службы С. С. Гирголав.

Совещание ларингологической подсекции открыл действительный член Академии мед. наук генерал-лейтенант мед. службы В. И. Воячек, который описал путь, пройденный военной ото-ларингологией за время войны, и поставил! перед делегатами совещания ряд новых задач.

С программным докладом на тему «Организация и развитие ото-лзрингологической помощи раненым, контуженным и больным в Красной Армии в Великую отечественную войну» выступил генерал-майор мед. службы проф. Г. Г. Куликовский, который под; обно разобрал основные этапы развития и организации ото-ларингологическон помощи на фронтах Отечественной войны. Опыт Отечественной войны показал, что роль ЛОРспециалиста на всех этапах санитарной эвакуации -весьма велика. Она определяется не столько количеством произведенных обработок ран, операций, перевязок и т. д, сколько консультативной помощью, оказываемой ЛОРспециалистачи общим хирургам-К нейрохирургам. В заключение доклада генерал-майор Куликовский указал, что ЛОРпомощь прочио вошла в общую систему специализированной помощи в Красной Армии. Требуется углубленное изучение и разработка опыта войны.

Далее были заслушаны доклады фронтовых ото-ларингологов: полковника мед. службы Б. А. Лемберского—«Организация ЛОРпомощи на Западном и 3-м Белорусском фронтах»; подполковника мед. службы проф. В. Н. Зак—«Организация и объем ЛОРпомощи на 2-м Белорусском фронте»; полковника мед. службы И. М. Афонского — «Постановка ЛОРпомощи на 1-м Белорусском фронте»; полковника мед. службы С. М. Гордиенко—«Организация ЛОРпомощи на 3-м Украинском фронте»; подполковника мед. службы И. А. Капранова — «Организация ЛОРпомощи на 4-м Украинском фронте»; полковника мед. службы П. И. Трифонова —> «Организация ЛОРпомощи в коллекторах фронтовых и армейских баз 1-го Украинского фронта» и др. Все выступившие рассказали о своем опыте организации ЛОРпомощи на фронтах Отечественной

зойны. Обобщение этого опыта позволит в будущем избежать многих недочетов в организации ЛОРпомощи. Докладчики привели процентное соотношение ЛОРраненых больных и контуженных ко всем пострадавшим в боях и больным, а также по отношению к каждой группе в отдельности. Эти соотношения по разным фронтам и у отдельных авторов не всегда идентичны. Зато исходы (выписка в часть и смертность) сравнительно одинаковы, что в целом свидетельствует о высоком качестве постановки ото-ларингологической помощи. На фронтах испытывалась большая нужда в кадрах ЛОРспециалистов, поэтому многим главным ото-ларингологам пришлось заняться их подготовкой. Эта задачи была успешно решена почта на всех фронтах. В докладах фронтовых ото-ла1рингологов *и* в прениях по организационным вопросам уделялось много внимания штатно-организационной структуре ЛОРгруппы ОРМУ и организации специализированной ЛОРпомощи в армейском и войсковом районе. Опыт Отечественной войны с несомненностью показал необходимость разъединения ЛОР-офталмологических групп ОРМУ путем создания самостоятельных ЛОР- и офтал мологической групп и увеличения штата ЛОРгруппы за счет введения в них еще одной операционной сестры и одного санитара. Возник вопрос о необходимости довести в армии число групп ОРМУ по крайней мере до двух (вместо одной). Признано также необходимым иметь в госпитальной базе армии хотя бы один постоянный специализированный госпиталь для лечения раненных в голову и шею с отделениями — нейрохирургическим, ото-ларингологическим, стоматологическим и офталмологическим.

Второе заседание началось докладом майора-мед. службы М. М. Цынкина — «Организация ЛОРпомощи в крупном танковом соединении» и закончилось прениями по организационным вопросам. В прениях выступили: Титов, Лещинский, Гордиенко, проф. Ундриц, Вайнберг. Филиппов, Майзели-с. После прений совещание заслушало доклады на тему «ЛОРпомощь в авиации». Программным было выступление генерал-майора мед. службы А. П. Попова — «Некоторые данные о дисквалификации кшдидатов и курсантов летных школ по ЛОРорганам». Докладчик представил обобщенный за время Отечественной войны материал и доказал, что ЛОРэкспертиза в отборе поступающих в летные школы и учащихся в них имеет важное зачение, так как процент дисквалификации по ЛОРорганам у этих контингентов достилает 14.

Подполковник мед. службы А. А. Ушаков выступил с докладом на тему «О закрытых травмах головы у летиого состава по материалам ЦАГ за время Великой отечественной войны». По его наблюдениям, $^1/_3$ всех случаев травм головы влечет за собой стойкие расстройства вестибулярной функции, слух страдает редко.

В прениях выступили профессора К. Л. Хилов, А. И. Титов, Г. Г. Куликовский, В. И. Воячек, генерал-лейтенант мед. службы Л. Г. Раттауз. Все они высказывались за необходимость дальнейшей углубленной научио-нсследов!ательской работы в области профотбора в авиацию.

Третье заседание было посвящено ранениям шеи, носа и его придаточных пазух и открылось программным докладом проф. К. Л. Хилова на тему «Значение и преимущество ЛОРхирургической техники при лечении некоторых видов огнестрельной травмы». Докладчик научно обобщил собственные наблюдения и опыт удаления инородных тел из ЛОРорганов и смежных с ними областей. Придавая большое значение рентгенографической диагностике локализации инородных тел, он предложил свой способ коррекции рентгенограмм, построенный на знакомстве с анатомическими ориентирами и дополненный математическими расчетами. Оп доказал, что такой прием позволяет определить- локализацию инородного тела не только в отношении костных ориентиров, но и в отношении органов и систем. Проф. Хилов считает, что наиболее совершенным способом извлечения инородных тел являются принятые в ринологической практике ортоскопические операции. В свежих случаях оп рекомендует вводить инструменты по раневому каналу и извлекать инородное тело под контролем зрения, а в поздних случаях, когда раневой канал облитерирован, ортоскопы следует вводить через дополнительные разрезы по Геерману, Кренлейну, Кенигу и Вессели. Разделяя путем вертикальных плоскостей, проведенных в передне заднем направлении, область лица и шеи на три зоны (периферическую, более глубокую и самую глубокую, -граничащую со средней линией тела), он рекомендует: а) при локализации инородного тела в периферической (первой) зоне лица извлекать его через разрезы Геермана и Кенига; б) при локализации в более глубокой (второй) зоне — через разрезы Кренлейна и Кеннга; в) если инородное тело расположено в самой глубокой (третьей) зоне, так называемой «недоступной», извлекать его через -разрез Вессели. По мнению проф. Хилова, при его способе определения залегания инородного тела и подхода к нему ЛОРхирурги с успехом могут решать труднейшие вопросы клиники слепых огнестрельных ранений ЛОРорганов.

Два следующих доклада — майора мед. службы Д. А. Пигулевского на тему «Клиника *и* терапия огнестрельных ранений придаточных пазух носа» и полковника мед. службы М. М. Филиппова—-«Характер хирургического вмешательства и последующее лечение огнестрельнк повреждений лобных пазух» — осветили рационализацию клинической -классификации, диагностику и терапию этих ранений (Пи-гулевский) и методику оперативного вмешательства при ранениях лобных ц^зух (Филиппов). Оба докладчика указывали, что более тяжелыми ранениями, дающими наиболь-

ший процент рецидивов и смертности, являются ранения верхне-черепной зоны, куда входят лобные, решетчатые и основные пазухи. Оперативное вмешательство, как правило, является атипичным по отношению к методам мирного времени.

О ранениях шеи сделали доклады майор мед. службы Г. М. Дворкин — «Огнестрельные ранения шеи с повреждением ЛОРорганов» и хирург П.' С. Садковский — «Лечение проникающих ранений шеи в войсковом районе». Оба докладчика представили хорошо обработанный статистический материал и собственные наблюдения. Выступивший в прениях подполковник мед. службы С. М. Гордиенко сообщил, что по его наблюдениям диагностика и лечение проникающих ранений шеи, особенно с повреждением пищевода, в войсковом районе далеко не на высоте. Ранения пищевода, к сожалению,, здесь очень редко диагносцировались, а следовательно, и лечились недостаточно эффективно. Смертность при этих ранениях до организации ЛОРпомощи была очень высокой. Но как только раненных в шею передали ЛОРспециалнстам, диагностика и лечение раненных в пищевод значительно улучшились и смертность снизилась более чем в два раза, С. М. Гордиенко считает, что при проникающих ранениях шеи пищевод ранится в 18°/о (изолированных ранений — 7.3%, а в комбинации с трахеей—10,7%). но фактически этот пооцеит выше, так как часть случаев просматривается и в статистику не попадает. Лучшие результаты при лечении раненных в пищевод дают ранние хирургические вмешательства (не позже 3—5-го дня после ранения) с обильной засыпкой раны сульфамидными препаратами и применением заградительной тампонады по 'Маршику. Кормить таких больных целесообразнее с помощью зонда, введенного через нос или рану в пище воде. В прениях по этому вопросу выступил майор мед. службы М. М. Цынкин, поделившийся опытом лечения раненных в шею в танковом соединении. В прениях по всему разделу повестки 3-го дня заседаний приняли участие заслуженные деятели науки профессора Б. С. Преображенский и В. К. Трутнев и доц. Т. И. Гордышевский, которые заявили, что, по их данным, процент выздоровления после ЛОРране.чий нисколько ниже. Это можно объяснить тем, что во внутренние районы страны попадгют наиболее тяжелые категории ЛОРраненых. Тем не менее и работа тыловых ЛОРспециалистов получила высокую оценку со стороны НКЗдрава СССР и РСФСР.

Четвертое заседание открылось ведущим докладом проф. В. Ф. Ундриц—«Лечение слепых огнестрельных ранений ЛОРорганов по опыту Великой отечественной войны». Ввиду того что при слепьвх ранениях. ЛОРобласти инородные тела часто проникают в соседние топографо-анатомические зоны, потребовалось расширить применение ЛОРметодики при их экстракции. Проф. Ундриц, анализируя свой материал, делает вывод, что внедрение и усовершенствование эндоскопических методов создали эпоху в развитии ЛОРспециальности и дали возможность опеоирова1ь в областях, недоступных или мало доступных при обычной хирургической технике. Эндоскопическое оперирование через раневой канал, через расслоенные межфасциальные пространства (фаринго-максиллярное, парафарингеальное, периэзофагальное и т. д.) вполне оправдало себя и стало обычным в ЛОРхирургической практике. Автор заявляет, что эндоскопическое оперирование является действительно- щадящим методом, но для удаления инородных тел этим способом необходимо определять их локализацию с помощью рентгенографии не только анатомически, но и органотопически. Кроме того, автор подтверждает, что гармоническое сочетание ЛОРметодики с обще*хирургическоь техникой резко повышает лечебный эффект оперативных вмешательств при слепых ранениях ЛОРорганов и смежных областей.

Полковник мед. службы доц. Ф. А. Попов (из Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова) в докладе «О пластических ЛОРопер-ациях* представил анализ 620 пластических операций, сделанных в клинике им. В. И. Воячека. Весь материал по течению и исходам автор делит на две группы: 1) случаи пластических операций, произведенных за время пребывания клиники в Самарканде, 2) операции, произведенные после реэвакуации клиники в Ленинград (1944—1945 гг.). В пеовой гоуппе операции часто протекали атипично, давая разнообразные осложнения и заканчиваясь иногда частичным неуспехом. По .мнению автора, это объясняется необычными условиями климата, питания и рядом других факторов, неблагоприятно влиявших на ход восстановительных процессов Во второй группе осложнения встречались значительно реже.

Среди осложнений, наблюдавшихся при всех операциях, особое место занимают болезни трансплантатов—вялость их регенеративного процесса, например, местные расстройства кровообращения, лимфоррея. Такая «вторичная патология» (по автооу) чаще наблюдалась у больных, подвергавшихся многократным пластическим воздействиям. Эти болезни трансплантируемых тканей автор уподобляет утомлению органов. Продолжительность лечения при пластических операциях колебалась от нескольких дней до 14 месяцев.

Подполковник мед. службы Б. Л. Французов (Киевский госпиталь) в докладе «ЛОРлицевая пластика и биологическая подготовка ткангй» рекомендует производить при ЛОРпластических операциях биологическую подготовку тканей в виде ультрафиолетового облучения трансплантата, а на месте рубновых изменений в периоды, щ-едшествуюжие пластике,— парафино- или глинотерапию. что способствует повышению тканевого обмена, питания и сопротивляемости в тканях. Замечено, что над-

более критическими днями для приживления лоскутов является 5—7-й день. Автор предлагает расширить подготовку кадров специалистов, владеющих восстановительными операциями в ЛОРобласти, а также выделить специализированные отделения (или койки) для раненых, нуждающихся в пластических операциях.

Разделу «Ранения уха» на четвертом заседании были посвящены доклады майоров мед. службы М. М. Константиновского («Клинический анализ огнестрельных ранений уха по материалам ЛОРотделения специализированного эвакогоспиталя), Я. Г. Ротенберга («Влияние огнестрельных ранений головы на ЛОРстатус»), Рома («Клиника и терапия огнестрельных ранений уха»). В других выступлениях и прениях приняли участие майоры мед. службы Л. Н. Ямпольский, И. А. Майзелис и Л. А. Дукельский. Как основные докладчики, тзк и выступавшие в прениях подчеркнули атипичность хирургических вмешательств на ухе при его ранениях и указали па особенности течения и симптоматики травматических мастоидитов.

На пятом заседании с программным докладом «О ЛОРконтузиях» выступил генерал-лейтенант мед. службы В. И. Воячек. Он указал, что большое количество контузионных форм среди различных видов боевых поражений и неоднородность этих форм приводит к необходимости при разработке диагностических приемов и мер борьбы выработать определенные критерии для разделения всего контингента контуженных на группы с определенной характеристикой. В свое время проф. Воячек предложил классификацию, которая легла в основу инструкции, изданной Главным военно-санитарным управлением Красной Армии. Инструкция стала основной директивой по этому вопросу. В. И. Воячек указал, что подробное комплексное изучение патогенеза и терапии контузионных поражений производилось на фронте под его руководством полковником А. И. Титовым и в Ленинградском научно-практическом институте по болезням уха, горл;,, носа и речи. Ссир^дна-ки института разрабатывали методику лечения. Результаты были доложены. на специальном совещании. Хотя этиопатогенез контузии в широком понимании этого термина является предметом научного исследования, ведущегося рядом медицинских специальностей, ЛОРспециальность в изучении рассматриваемой категории поражений занимает ведущее место, потому что наиболее многочисленная часть контуженных обнаруживает поражения со стороны ЛОРсферы (глухота, потеря речи, расстройства вестибулярного аппарата). Одним из краеугольных вопросов диагностики контузий является диференцировка признаков поражения периферических и центральных органов, с одной стороны, и так называемых органических и функциональных расстройств — с другой. Существенным вопросом прогноза является также обратимость или необратимость данного процесса. Статистика показывает, что ЛОРконтузии в подавляющем большинстве случаев имеют благоприятные исходы; однако вторичные и запоздалые расстройства не исключаются. Очередной темой является изучение. этих расстройств и разработка методов помощи контуженным. В заключение В. И. Воячек указал, что профилактика контузий не была в достаточной мере использована в Великую отечественную войну и этот вопрос, так же как и вопрос о реэдукации нарушенных функций слуха и речи, должен войти в перечень актуальных тем послевоенного периода.

Доц. С. Н. Архангельский на основании опыта организации логопедической помощи контуженным во время Великой Отечественной войны приходит к заключению что эта помощь в действующей армии была представлена недостаточно полно и предлагает в комплексе восстановительной ЛОРтерапии расширить мероприятия логотерапевтического характера. Совещание, с интересом заслушало доклад подполковника мед. службы А. И. Титова на тему «Клиника и динамическое состояние ЛОРконтуженных на различных этанах эвакуации», доложившего итоги комплексного изученич патогенеза и терапии контузионных поражений, производившихся на фронте особой бригадой. С клиникой отдаленных результатов баротравмы уха познакомила аудиторию майор мед. службы А. А. Аткарская. В других выступлениях и прениях приняли участие полковник мед. службы Ф. А. Попов и майоры мед. службы М. М. Цынкин, Н. А. Васильев, А. Я. Вейнберг, которые поделились опытом работы по диагностике и лечению контуженных и баротравматиков на различных этапах эвакуации.

Шестое заседание было посвящено составлению и принятию резолюций, а также заключительным выступлениям генерал-майора мед. службы Г. Г. Куликовского и генерал-лейтенанта мед. службы акад. В. И. Воячека, призвавших участников совещания к дальнейшему еще более углубленному изучению и обобщению накопленного опыта.

Вечером 11 октября под председательством генерал-лейтенанта мед. службы акад. В. И. Воячека состоялось совместное с офталмологами, стоматологами и урологами заключительное заседание, на котором заместитель главного хирурга Красной Армии генерал-лейтенант мед. службы акад. С. С. Гирголав дал положительную, опёнку постановке специализированной помощи во время Великой отечественной войны и поставил перед аудиторией ряд новых задач.

Отчеты о совещаниях стоматологической и урологической подсекций будут даны в следующем номере журнала.

★

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941-1945 гг.) (продолжение)[1]

III. УЧЕБНИКИ, РУКОВОДСТВА, ПОСОБИЯ, НАСТАВЛЕНИЯ, УКАЗАНИЯ, ИНСТРУКЦИИ И СПРАВОЧНИКИ

Наставление о способе выведения раненых из шокового состояния путем •непосредственного воздействия на нервные центры по методу акад. Л. С. Штерн, М., Медгиз, 10 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии); М., Медгиз, 11 стр., 1944.

Наставление по диагностике повреждений периферических нервов конечностей, М., 6 стр., 1942 (Приказ начальника ГВСУ Красной Армии № 235); Тбилиси, Грузмедгиз, 8 стр., 1942.

Наставление по лечебному питанию раненых и больных в полевых лечебных учреждениях, М., Медгиз, 53 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Наставление по лечению и предупреждению ознобления, в кн. Бюллетени ВСУ Северо-Западного фронта, Б. м., стр. 3—44, 1943.

Наставление по лечению кожно-венерических заболеваний в войсковых частях, М., Медгиз, стр. 49, 1943. Для служебного пользования.

Наставление по лечению раненых в органы малого таза (мочевой пузырь и уретру) и уходу за ними, М., Медгиз, 19 стр. с илл.,. 1943.

Наставление по предупреждению ликвидации заболеваний паразитарными тифами, Б. м., РЭП-95, 44 стр. с илл., 1942 (В помощь войсковому врачу по санитарно-профилактическому обслуживанию войск).

Наставление по применению швов на гранулирующие раны, М., 12 стр.. 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Наставление по профилактике и лечению женской гонорреи, М., Медгиз. 24 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Наставление по профилактике и лечению кожных и венерических заболеваний в войсковых частях, М., 40 стр., 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Наставление по санитарной службе в Красной Армии, Л., Медгиз, 208 стр:, 1941 (ГВСУ Красной Армии); 2-е изд., М,, Медгиз, 212 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Наставление по сборке и эксплоатации душевой установки, Б. м., Го стр.. 1942 (ВСУ Южного фронта).

Наставление по эксплоатации сборно-разборного дезинсектора, Б. м., 12 стр. 1942 (ВСУ Южного фронта).

О госпиталях для легко раненых и легко больных, ВСД, 1—2, 1942.

О лечении дизентерии 1О°/о раствором сульфидина, ВСД. 4—5, 1942.

Об организации лечения легко раненых и легко больных, ВСД, 1—2, 1942.

Организация и методы оказания стоматологической помощи на фронтах Отечественной войны (сборник документов), М., Медгиз, 56 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Основы практической нейрохирургии. Л., Медгиз, 547 стр. с илл., 1943, Библиогр.

Очерки по военно-полевой хирургии, ч. I, т. I, Тбилиси, Грузмедиздат, стр. 133 (НКЗдрав ГрузССР, Гос. институт усовершенствования врачей Грузинской ССР).

Павликов П. Б., О партийно-политической работе в санитарных учреждениях, в кн. Сб. материалов и статей № 1, Б. м., Действующая армия, стр. 5—10, 1942 (Санотдел М-ской армии). Для служебного пользования.

Памятка для врача, медстатистика и регистратора, дополняющая карточку учета -раненых и больных, М., Медгиз, стр. 8, 1942.

Памятка по предупреждению авитаминозов на весенне-летний период (для врача), Б. м., 14 стр., б. т. (ВСУ Северо-Западного фронта).

Пирогов Н. И., Начал® общей военно-полевой хирурги»!, ч. I—II, М.—Л.,г Мсд1из, 1945; ч. I — 338 стр., ч. II — 535 стр.

[1] См. № 1—2. 3, 4—5, 6 и 7—8'«ВМЖ» за 1946 г.

Позывай Т. Т. и др., Краткий санитарно-эпидемиологический справочник для ЕОЙСКОВЫХ врачей и фельдшеров, Каунас, 61 стр., 1945 (СУ 3-го Белорусского фронта).

Положение о главном управлении эвакогоспиталей НКЗдрава СССР, М., Медгиз, 4 сто., 1941; в кн. Сб. инструктивных материалов по работе эвакогоспиталей, Казань, стр/ 10—20, 1942.

Положение о глазном отделении эвакогоспиталей НКЗдрава СССР, М., Медгиз, 4 стр., 1942 (ГУ эвакогоспиталей НКЗдрава СССР).

Положение о госпиталях для легко раненых и легко больных, М., Медгиз, 4 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Положение о госпитале-санатории на курортах и вне курортов, М., Медгиз' 6 стр., 1942 (ГУ курортологии и санаториев).

Положение о нейрохирургических госпиталях системы НКЗдрава СССР, М., Медгиз, 4 стр., 1942.

Положение о порядке назначений и перемещений вольнонаемного состава эвакогоспиталей НКЗдрава СССР, М,, Медгиз, 2 стр., 1942 (НКЗдрав СССР, Приказ по НКЗдраву СССР № 38). Для служебного пользования.

Положение о санитарных постах обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР (Исполнительный комитет Союза обществ Красного креста и Красного полумесяца), М., 16 стр., 1941.

Положение о сортировочных эвакогоспиталях системы НКЗдрава СССР, М., Медгиз, 6 стр., 1942.

Положение о терапевтических госпиталях и терапевтическом отделении при общехирургических эвакогоспиталях НКЗдрава СССР, М., Медгиз, 8 стр., 1941.

Положение о челюстно-лицевом госпитале системы НКЗдрава СССР и челюстно-лицевых отделениях при общих хирургических эвакогоспиталях, М., Медгиз, 4 стр., 1942.

Положение об общехирургическом эвакогоспитале системы НКЗдрава СССР. М., Медгиз, 7 стр., 1942; в кн. Инструкция НКЗдрава СССР по методу хирургического лечения в госпитале, Горький, стр. 129—136, 1942.

Положение об отделении уха, горла и носа эвакогоспиталей НКЗдрава СССР, М., Медгиз, 4 стр., 1942 (ГУ эвакогоспиталей НКЗдрава СССР).

Положение по зубопротезированию в Красной Армии, М., 16 стр., 194'4 (ГВСУ Красной Армии).

Пособие по медснабжению Красной Армии, Медгиз, 35 стр., 1944 (ГВСУ Красней Армин, НКЗдрав СССР).

Пособие по методике санитарно-гигиенических исследований для слушателей военно-медицинских вузов и военных врачей, под ред. П. Е. Калмыкова, М., 119 стр., 1944 (военный факультет при II МИ).

Преображенский Г. С., Военно-травматические повреждения уха, горла и носа. Краткое пособие для молодых врачей, М., Медгиз, 112 стр. с илл., 1944, Библиогр.

Преображенский Г. С., Инструкция по лечению ранений уха, носа, горла и послеконтуэионных расстройств слуха и речи, М., Медгиз, 31 стр., 1944 (НКЗдрав СССР). -

Приказ № 450 по НКЗдраву СССР, Москва, 15 сентября 1941 г., «О замени телях перевязочнюгэ материала», в юн. Сб. инструктивных материалов по работе эвакогоспиталей, в. I, Казань, стр. 30—32, 1942.

Протопопов А. П., Инструкция по применению сухожарового дезинсектора ШД на КО комплектов, ВСД, 2—3, 1943.

Пунин Б. В., Достижения советской медицины в области хирургии военного времени, Военно-морской врач, II, I, 1943.

Ростоцкий И. В., В помощь сестре эвакогоспиталя, М., Медгиз, 159 стр. с илл., 1944.

Ру баш ев С. М., Руководство для операционных и перевязочных сестер, М., Медгиз, 166 стр. с илл., 1944.

Руководство для врачебно-летных комиссий ВВС Красной Армии, изд. 2, М. — Л., Медгиз, 114 стр. с илл., 1941 (НКЗдрав СССР и ГВСУ Красной Армии).

Руководство для ротных санитаров и санитаров-носильщиков, М. — Л., Медгиз, 94 стр., 1941 (СУ Красной Армии); Ташкент, 85 стр., 1942; изд. 2-е испр. и доп., М., Медгиз, 88 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Руководство по гимнастике, М., Воениздат, 80 стр. с илл., 1944 (НКО).

Руководство по лечебно-профилактической работе в Красной Армии (СУ Красной Армии), М., Воениздат, 360 стр., 1941.

Руководство по методике исследования для врачебно-летных комиссий, М., Медгиз, 47 стр., 1941 (СУ Красной Армии).

Руководство по оборудованию и эксплоатации банно-п.рачечных и дезинфекционных поездов, М., Медгиз, стр. 39, 1942.

Руководство по организации и работе военно-санитарных поездов, М., Медгиз, 160 стр., 1942 (ГВСУ Красной Апмии).

Руководство по организации и работе санитарно-транспортных судов, под ред. Ходоркова Л. А., М., 102 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Руководство по организации работы в эвакуационных госпиталях, М.— Л., Медгиз, 181 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Руководство по переливанию крови для военных врачей, под ред. В. Н. Шамова, М., Медгиз, 80 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии). Библиогр.

Руководство по работе в батальонах выздоравливающих, М., Воениздат, 64 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Руководство по санитарно-химической защите (для военфельдшеров), М., Воениздат, 102 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Руководство по санитарно-химической защите Красной Армии, М., Медгиз, 124 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии). Для служебного пользования.

Руководство по санитарно-эпидемиологическому и лечебному обслуживанию Красной Армии, ч. II. Профилактика эпидемиологических заболеваний, М., Воениздат, 348 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Руководство по санитарно-профилактическому и противоэпидемическому обслуживанию войск, М. — Л., НКЗдрав СССР, Медгиз, 55 стр., 1940 (ГВСУ Красной Армии); Ташкент, 53 стр., 1942.

Руководство по эксплоатации пароформалиновой дезкамеры ДКП на одноосном автоприцепе, М., Медгиз, 13 стр. с илл., 1943 (ГВСУ КА).

Руководящие инструкции по дезинфекционному делу, Л., Медгиз, 64 стр., 1941 (В помощь войсковому врачу по саиитарно-профилактичсскому обслуживанию войск в полевых условиях).

Руководящие указания Главвоенсанупра, ВСД, 10, 1941.

Руководящие указания об иммобилизации конечностей, ВСД, 6, 1942.

Руководящие указания о предохранительных прививках против столбняка, ВСД, 12, 1941.

Руфанов И. Г., Инструкция по лечению сепсисов общей гнойной инфекции после огнестрельных ранений, М., Медгиз, 12 стр., 1945 (УМС НКЗдрава СССР).

Сборник инструктивных материалов по работе эвакогоспиталей, под ред. С И. Миловидова, вып. 1—24, М. — Казань, Медгиз, 1942—1945 (НКЗдрав СССР, ГУ эвакогоспиталей), в. 1, 2, 3, 4, 5, 10, 20, 24. Для служебного пользования.

Вып. 1. Приказы, положения, инструкции, ■ Казань, 66 стр., 1942.

Вып. 2. Патологоанатомическая работа лечебных учреждений в военное время, М.—Казань, 41 стр., 1942.

Вып. 3. Программа курсов специализации врачей и медицинских сестер эвакогоспиталей, Казань, 26 стр., 1942.

Вып. 4. Организация работы эвакогоспиталя, М. — Казань, 86 стр., 1942.

Вып. 5. Тернер ЛА. С. и Мошков В. Н., Об организации и применении лечебной физкультуры при травмах военного времени, Казань, 84 стр., 1942.

Вып. 6. Организация рационального и лечебного питания в эвакогоспиталях, М., 111 стр., 1942.

Вып. 7. Аптечное дело, Казань, 48 стр., 1942.

Вып. 8. Организация рентгеновского дела в эвакогоспиталях, Казань, 55 стр., 1942,

Вып. 9. Экеплоатация рентгеноаппаратуры и инструктивные указания по отдельный вопросам рентгенодиагностики и рентгенотерапии, М., 38 стр., 1943.

Вып. 10. Варшавер Г. С. и Тамазов А. А., Физиотерапия в эвакогоспиталях, М. — Казань, 40 стр., 1942.

Вып. 11. Инструктивные материалы по лечебной работе, М., 152 стр., 1943.

Вып. 12. Организация лабораторного дела в эвакогоспиталях, Казань, 30 стр, 1943.

Вып 14. Материалы по медицинской статистике эвакогоспиталей, М., 63 стр. 1943.

■ Вып. 16. Гордон П. С., Лечебное питание в эвакогоспиталях, Казань, 75 сгр., 1943.

Вып. 17. Организация питания вольнонаемного состава госпиталей, Казань, 26 стр., 1943.

Вып. 18. Получение и сохранение крови для переливания, М., 26 стр., 1944.

Вып. 19. Инструкция по лечению ранений уха, носа, горла и послеконтузионных расстройств слуха и речи, М., 33 стр., 1944.

Вып. 20. Инструкция по лечению военных травм и заболеваний органа зрения, М., 38 стр., 1944.

Вып. 24. Приказы, цивкулярные письма, инструкции, М., 168 стр., 1945,

Сборник инструкций (практическое руководство по санитарно-профилактической и противоэпидемической работе), М., 84 стр., 1943 (СУ Калининского фронта).

Сборник инструкций по микробиологическим методам исследований для санитарно-эпидемиологических лабораторий, М., Медгиз, 124 стр., 1944 (МСУ ВМФ СССР).

Сборник руководящих инструкций Санитарного управления Закавказского фронта (к приказу по тылу № 056 от 27 октября 1942 г.), Б. м., 102 стр., 1942.

Сборник указаний по военно-полевой хирургии, Б. м., 22 стр., 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Спасский В. А. и др., Краткий курс авиационной гигиены, М., 'Медпв, 155 стр., 1941.

Справочник для врачей суворовских военных училищ, М., 80 стр., 1)944 (ГВСУ Красной Армии).

Справочник по акушерству и гинекологии; М., Медгиз, 93 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Справочник по врачебно-трудовой экспертизе инвалидов Отечественной войны М., Медгиз, 48 стр., 1943 (Наркомат социального обеспечения РСФСР).

Справочник по инфекционным болезням, М., Медгиз, 372 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Техника хирургических операций (пособие для военных врачей), М., Медгиз, 270 стр. с илл., 1944.

Тихомиров П. Е., Инструкция по лечению военный травм и заболеваний органов зрения, М., Медгиз, 59 стр. с илл., 1944.

Указания врачам по диагностике и лечению чесотки и ее осложнения, в кн. Р эллетень ВСУ Северо-Западного фронта, Б. м., 9—12, 1943.

Указания и методические разработки по санитарной подготовке рядового состава, курсантов и младшего командного состава, начальникам санитарных отделов округоз и ДВФ, начальникам санитарной службы соединений, старшим врачам частей, М., 19 стр., 1941 (СУ Красной Армии).

Указания и программы по лечебной физкультуре, М., Воениздат, 18 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии, МСУ ВМФ, Всесоюзный комитет но делам физкультуры и спорта при СНК СССР).

Указания и программы по лечебной физкультуре и по боевой и специальной подготовке в эвакогоспиталях, Ташкент, Госиздат УзССР, 48 стр. с илл., 1942 (СО САВО).

Указания и программа по подготовке медицинского состава, М., Медгиз, 48 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Указания и программы по специальной подготовке медицинского состава санитарной службы и санитарной подготовке рядового и начальствующего состава частей л учреждений САВО, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, 61 стр., 1942 (НКЗдрав СССР, СО САВО).

Указания к производству ампутаций, в кн. Сб. указаний по военно-полевой хирургии, Б. м., стр. 21—22, 1944.

Указания начальникам Саиуправления ДВФ по предупреждению алиментарных дистрофий, авитаминозов и контролю за физическим состоянием и питанием войск ДВФ, Б. м., 8 стр., 1944 (СУ ДВФ).

Указания о диагностике и лечении ранений периферических нервов, в кн. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 49—58, 1942 (СУ Закавказского фронта). Для служебного пользования.

Указания о лечении пневмоний, ревматизма и нефрита, М., Медгиз, 8 сто., 1941 (ГВСУ Красной Армии). *

Указания о мероприятиях при проникающих ранениях живота, М., МеДгиз, 7 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии); ВСД, 10, 1942.

Указания о порядке приема органами здравоохранения госпиталей НКО СССР, М., Медгиз, 4 стр., 1942 (Управление эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР).

Указания о предупредительных прививках против столбняка, М., Медгиз, стр. 6, 1941.

Указания о работе санитарной службы на зимний период, М., Медгиз, 11 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии); М., Медгиз, 12 стр., 1942.

Указания о состоянии рентгенологической помощи и мерах ее улучшения, в кн. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 59—64, 1942 (СУ Закавказского фронта). Для служебного пользования.

Указания об ампутациях, М., Медгиз, 15 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Указания об остановке кровотечения, М., Медгиз, 7 стр., 1942 (ГВСУ Квасной Армии).

Указания по борьбе с холерой в войсках, в кн. Противоэпидемическая защита войск в наступательной операции, сб 1, Симферополь, стр. 177—179, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по банно-прачечному и дезинфекционному обслуживанию войск Красной Армии, Б. м., 49 стр., 1945.

Указания по ведению медицинского учета и отчетности в частях ВВС, М., Медгиз, 7 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по водно-солевому режиму в летнем сезоне в войсках действующей Красной Армии, в кн. Противоэпидемическая защита войск в наступательной операции, сб. 1, Симферополь, стр. 233—236, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по военной медицине, в. 1, Б. и.. Воениздат НКО, 14 стр., 1943 (СУ 2-го Украинского фронта), подл, учету; в. 2, Б. м., Воечиздат НКО, 19 стр., 1944 (СУ 2-го Украинского фронта), подл, учету; в. 3, Б. м., Воениздат НКО, 14 стр., 1944 (СУ 2-го Украинского фронта), подл, учету.

Указания по военной офталмологии, М,, Медгиз, 156 стр., 1944 (ГВСУ Краевой Армии); ВМЖ, 1—2, 1945.

Указания по военно-полевой ото-рипо-ларингологии, М., Медгиз, 104 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии); ВМЖ, 1—2. 1945.

Указания по военно-полевой хирургии, Для врачей полевой санитарной службы, М. — Л., Медгиз, 107 стр., 1941 (СУ Красной Армии); Изд. 2-е, М., Медгиз, 160 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии); Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, 152 стр. с илл., 1942; Б. м,, Госиздат Карело-Финской ССР, 144 стр. с илл., 1942 (СУ Карельского фронта); 3-е перераб. изд., М., Медгиз, 366 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по глазной помощи в Красной Армии, М., Медгиз, 16 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по госпитализации больных, устройству и содержанию холерных отделений, в кн. Противоэпидемическая защита войск в наступательной операции, сб. 1, Симферополь, стр. 180—182, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по дегазации городского транспорта в системе местной ПВО, М., Медгиз, 48 стр., 1942 (ГУ ПВО НКВД СССР).

Указания по дегазации одежды в системе МПВО, М., Медгиз, 60 стр., 1942 (ГУ МПВО НКВД СССР).

Указания по иммобилизации временными шинами при огнестрельных ранениях и травмах, <в кн. Сб. указаний по военно-полевой хирургии, Б. м., стр. 5—6, 1944.

Указания по иммобилизации конечностей, Медгиз, 30 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по использованию дикорастущей зелени в пищу, в кн. Проттзоэпидемическая защита войск в наступательной операции, сб.. 1, Симферополь, стр. 222—223, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по классификации и первичной обработка открытых черепно-мозговых ранений, М., Медгиз, 24 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по лечебно-эвакуационному и противоэпидемическому обеспечению боевых действий войск в условиях горно-лссистой местности, Б. м., 13 стр., 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по лечению и дальнейшему изучению ранений плевры и легких, в кн. Труды эвакогоспиталей системы фронтового ЭП № 50, № 4, Л., стр. 119—125, 1943.

' Указания по лечению и профилактике эпидермофитии стоп, в кн". Бюллетень ВСУ Северо-Западного фронта, Б. м., стр. 15—20, 1943.

Указания по лечению и эвакуации больных с заболеваниями внутренних органов в войсковом районе, Б. м., 11 стр., 1944 (СО М-ской гвардейской армии). Для служебного пользования.

Указания по лечению огнестрельных ран активными методами, в кн. Сб. указаний по военно-полевой хирургии, Б. м., стр. 7—9, 1944.

Указания по лечению повреждения периферических нервов, 2 сентября 1912г., М., Медгиз, 8 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по лечению челюстно-лицевых раненых (Начальникам санслужбы и хирургам фронтов, армий, округов, ПЭП, ФЭП, РЭП и МЭП); М., 16 стр., 1942; ВСД, 9, 1942.

Указания по лечению пневмонии, ревматизма и нефрита, М., Медгиз, 10 стр., 1942.

Указания по медицинской сортировке и эвакуации по назначению так называемых легко раненых в полевой санитарной службе (ГВСУ Красной Армий, начальникам санитарной службы фронтов, армий, корпусов, дивизий и брипад, начальникам ППГ, ЭП, ПЭП, МЭП н СЭГ, командирам МСБ и МСР, всем хирургам полевой санитарной службы), М., НКЗдрав СССР, Медгиз, 8 стр., 1942; в кн. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 21—28, 1942 (СУ Закавказского фронта). Для служебного пользования.

Указания по медицинскому контролю за питанием войск, Одесса, 89 стр.. 1944 (ВСУ 3-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по обеззараживанию воды препаратом гипохлорит, в кн. Против»-эпидемическая защита войск в наступательной операции, сб. 1, Симферополь, стр. 231—232, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по организации выявления и эвакуации из действующей армии больных активным туберкулезом легких, в кн. Методические указания по вопросам военно-полевой терапии, Л., стр. 13—18, 1944 (ВСУ Ленинградского фронта), М,, Б. г., 6 стр. (ГВСУ КА). Для служебного пользования.

Указания по организации гинекологической и лечебно-профилактической помощи женщинам, служащим в Красной Армии, М., Медгиз, 14 стр. 1944.

Указания по организации и проведению спортивно-массовой работы н уроков физической подготовки в частях ВВС ПрибВО, Рига, 52стр., 1941 (Штаб ВВС ПрибВО).

Указания по организации лечения легко раненых и легко больных, М,, Медгиз, 4 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

У к а з а;н и я по организации противоэпидемической защиты войск, Симферополь, 65 стр., 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по организации психиатрической помощи и психиатрической экспертизе во время войны, изд. 2-е, М., Медгиз, 11 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по организации работы в госпиталях для лечения легко раненых и больных (ГЛР), М., 32 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по остановке кровотечения, М,, Медгиз, 7 стр., 1942.

Указания по отбору проб пищевых продуктов для анализа, в кн. Противоэпидемическая защита войск в наступательной операции, сб. 1, Симферополь, стр. 226—231, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по патологоанатомической службе, М., Медгиз, 92 стр., 1943 (ГВСУ КА).

Указания по переливанию крови, в кн. Труды лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, сб. 4. Вопросы частной военно-полевой хирургии, Курск, стр. 11—20, 1944.

Указания по предупреждению и лечению кожно-венерическцх заболеваний, Б. м., 19 стр., 1945 (ВСО КубВО).

Указания по предупреждению и лечению отморожений, М., Медгиз, 63 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии); М., Медгиз, 65 стр. с илл., 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по приготовлению жидких питьевых дрожжей, в кн. Противоэпидеуическая защита войск в наступательной операции, сб. 1, Симферополь, стр. 224—226, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по приготовлению С-витаминных настоев, в кн. Противоэпидемическая защита войск в наступательной операции, сб. 1, Симферополь, стр. 221—222, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по применению белого стрептоцида в целях лечения и профилактики инфекции огнестрельных ран (составлены при участии консультационного бюро при Сануправлении Ленинградского фронта), Л., Медгиз, 6 стр., 1941.

. Указания по применению иммобилизирующих гипсовых повязок, М., 34 стр., 1942 (СУ Западного фронта).

Указания по применению лечебной физкультуры в терапевтических и инфекционных госпиталях, 8 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по применению лечебной физкультуры и физиотерапии при лечении боевых травм периферических нервов, М., 19 стр., 1943; в кн. Труды УМС при начальнике МСУ ВМФ, т. III, в. 4, М., стр. 41—51, 1944.

Указания по применению некоторых статей расписания болезней приказа НКЭ СССР № 336, 1942 г., М,, 8 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии). Для служебного пользования, М., Медгиз, 11 стр., 1943.

Указания по применению фенамина, М., Медгиз, 41 стр., 1942.

Указания по применению препаратов сульфамидного ряда, М., Медгиз, 4 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по пропитке бинтов препаратом СК-9, в кн. Противоэпидемическая зашита войск в наступательной операции, сб. 1, Симферополь, стр. 215—218, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по профилактике авитаминозов в войсках, М., Медгиз, 31 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по профилактике, диагностике и терапии шока, в кн. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 39—48 (СУ Закавказского фронта). Для служебного пользования.

Указания по профилактике желудочно-кишечных заболеваний и лечению дизентерии в войсках, в кн. Противоэпидемическая защита войск в наступательной операции, сб. 1, Симферополь, стр. 173—177, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указ-ания по профилактике и лечению дизентерии в войсках, М., Медгиз, 26 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по профилактике и лечению малярии, М., 31 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии), М., 30 стр., 1945.

Указания по профилактике и лечению малярии в войсках, в кн. Противоэпидемическая защита войск в наступательной операции, сб. 1, Симферополь, стр. 188 — 208, 19^4 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по профилактике, противоэпидемическим мероприятиям, диагностике, клинике и лечению дизентерии, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, 71 стр., 1942.

Указания по профилактике туляремии в войсках, в кн. Противоэпидемическая защита во'йск в наступательной операции, сб. 1, Симферополь, стр. 182—187, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по раннему распознаванию острых хирургических заболеваний живота. Б. м,, 6 стр., 1943 (Начальникам СО Красной Армии).

Указания по раннему распознаванию туберкулеза легких, Б. м., 6 стр., 1943 (СО 2-й краснознаменной армии).

Указания по распознаванию и этапному лечению травм нервных стволов, Краснодар, 27 стр., 1943.

Указания по распознаванию и лечению гемералопии, Б. **и., 4** стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по распознаванию и лечению расстройств общего питания и авитаминозов, М.. Медгиз, 16 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по распознаванию, клинике, лечению и профилактике авитаминозов Б-1 (бери-бери), Б. м., 16 стр., 1945 (СУ ДВФ).

Указания по распознаванию, лечению и экспертизе истеро-травматических расстройств слуха и речи, в ки. Сб. руководящих материалов по лечебно-эвакуационной работе, Тбилиси, стр. 65—70 (СУ Закавказского фронта). Для служебного пользования, М., 4 стр., 1943 (ГВСУ КА).

Указания по санитарной обработке и дезинфекционному обслуживанию войск, М., 56 стр., 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по санитарной службе, в кн. 1-я научная конференция медиков М-ской армии, Б. м., стр. 93—105, 1943. Для служебного пользования.

Указания по сортировке, эвакуации, лечению и экспертизе ЛОРраненых, баро- и нстеротравматиков и ЛОРбольиых. М., 8 стр. 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по устройству и оборудованию перевязочной в МСБ, ХППГ и эвакогоспиталях, в кн. Труды лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, № 4, Вопросы частной военно-полевой хирургии, сб. 4, Курск, стр. 5—13, 1944.

Указания по устройству отхожих мест и содержанию приемников для нечистот, мусора и отбросов в полевых условиях, М., Медгиз, 2 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армин).

Указания по учету, диагностике, профилактг.ке и лечению шока, М., 8 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии), в кн. Методические указания по вопросам военно-полевой терапии, Л., стр. 102—106, 1944 (ВСУ Ленинградского фронта). Для служебного пользования.

Указания по хлорированию воды раствором хлорной извести, хлорамином, пантоцидом во фляге, котелке, ведре, бочке в полевых условиях, в кн. Противоэпидемическая защита войск в наступательной операции, сб. 1, Б. м., стр. 220—231, 1944.

Указания по хранению и обработке мяса и рыбы в войсковых частях в летнее -время, в кн. Противоэпидемическая защита войск в наступательной операции, сб. 1, Симферополь, стр. 218—221, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

Указания по этапному лечению огнестрельных переломов длинных трубчатых костей, в кн. Сб. указаний по военно-полевой хирургии, Б. м., стр. 10—12, 1944.

Указания по этапному лечению огнестрельных ранений тазобедренного сустава, в кн. Сб. указаний по военно-полевой хирургии, Б. м., стр. 17—20. 1944.

Указания по этапному лечению проникающих ранений крупных суставов, в кн. Сб. указаний по военно-по'левой хирургии, Б. м., стр. 13—16, 1944.

УстД в Союза обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР.М., 16 стр., 1941 (Исполнительный комитет Союза обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР); Санитарная оборона, 3, 1941.

Фи нк л ер Ю. М. и Сперанская С. М., Учебник для санитарных дружинниц, М., Медгиз, 279 стр., 1944 (Исполнительный комитет Союза обществ Красного креста и Красного полумесяца СССР).

Фирсов 3. П., Краткое руководство по лечебной физкультуре при травмах военного времени, М,, Медгиз, 118 стр. с илл., 1942 (МСУ ВМФ СССР).

Шамов В. Н., Руководство по переливанию крови, М., Медгиз, 84 стрс, 1944.

Шок и борьба с ним (директива и указания начальника ГВСУ Красной Армии и резолюция совещания комиссии УМС ГВСУ Красной Армии и НКЗдрава СССР), М., НКЗдрав СССР, 24 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии ЛЭУ).

Штерн Л. С., Наставление о способе выведения раненых из шокового состояния. М., Медгиз, 8 стр., 1943; 'М., Медгиз, 8 стр., 1944.

Юдин С. С.. Николай Васильевич Склифосовский, очерк его жизни и деятельности, М., Институт Склифосовского, 1942.

Юдин С. С., Образы прошлого и некоторые силуэты военно-полевых хирургов, М., Медгиз, 48 стр. с илл., 1944.

Юдин С. С., Пояснение к применению набора для капельных вливаний, М., Московский большевик, 23 стр., 1942.

Юдин С. С., Технические указания к сборке и пользованию аппаратом для -вытяжения переломов нижних конечностей, М., Медгиз, 15 стр., 1942.

(Продолжение следует)

★

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Проф. доктор мед. наук С. А. П р е-ображенский. Военная психиатрия в период первой мировой войны..... 41

В УЧЕНОМ МЕаННИНСКОМ СОВЕТЕ ПРИ НАЧАЛЬНИКЕ ГВМУ ВС СССР

Хроника совещаний офталмологнческой и ото-ларингологической подсекций хирургической секции УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии 44

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. М а-каров. Библиография по военной медицине за годы Отечественной войны (1941—1945) 50

РКОВЕЕМБ ОР УРАК Р8УСН1АТКУ

Рго1. 8. А. РгеоЬгазгепзк; М. Э. \Уаг РзусЬІаку 1п (Ье Р1Г51 М/ог1<1 АУаг..... 41

8С1ЕНТ1Р/С МЕБ1СА1 СОНИСН НН№ЕР ОПХР.СТОР-ОЕЬІЕРАЬ ОР ТНЕ АРМУ МЕО1САЕ БЕР АКТ МЕНТ ОР ТНЕ П88Р

С1иоп1с1е о(Сопкгепсез о((Не Ор1>И1а^п1о1о§1са1 апб О1о-1агуп-Ко1о§1са1 8ес(1опз о(Иге 5цге(-са! О.-рагітеп1 о(1йе 8с1епш1с Меб1ся1 СоипсП ипВег 1Ке 8иг-Кеоп Сепега! о(Нге Ней Агту 44

В1ВЫО0РАРНУ

Со1опе1 І. Э. Макагоу. В1Ы10-^гарЬу он \Маг Мес!1С1пе ТЬго-и^1юи(Й>е РаСПоОс №аг (1911—1945) 50

ОПЕЧАТКИ

В № 4—5 ‚ВМЖ‘ за 1946 г.

Напечатано	Следует читать
Стр. 29, 14-я строка снизу 1/100	л/100
Стр. 29, 19-я строка снизу 1/100	л/100
Стр. 38, 19-я строка сверху **Цц и Цу по 4 случая**	**$Ц_и$ и Др по 4 случая**

2 руб.

Да, вы выиграли,

получайте выигрыш

ПРИОБРЕТАЙТЕ ОБЛИГАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО
займа 1938 года

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

10

ОКТЯБРЬ

МЕДГИЗ · 1946

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛА К ТИ ЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Полковник мед. службы Д. Н. Т и х о м и р о в. Заболевания желудочно-кишечного тракта по материалам гарнизонного госпиталя ... • ■ . . . 3

Капитан мед. службы Т. И. С т а п к е в и ч. Проникающие ранения черепа по секционным материалам в Восточно-Прусскую боевую операцию..... 16

Канд. мед. наук А. Н. Г о л ь д м а н. Изменение сосудистого тонуса при военно-травматических поражениях периферических нервов 24

Капитан мед. службы В. Н. Лебедев. Лечение чесотки раствором Флеминга. 28

Полковник мед. службы В. В. Скворцов Организационные принципы медицинского контроля за питанием войск. . . . 30

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

В. А. С т е ф а д у и В. В. В и и о г р а д о в. Опыт организации армейских станций переливания крови 32

Подполковник мед. службы М. А. Цукерман. Еще раз о сортировке раненых..... 34

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Майор мед. службы С. Е. Ш а п и р о. Особенности работы в полевом инфекционном госпитале 37

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Майор мед. службы М. П. Тум а н о в. Оказание самопомощи и взаимопомощи на самолете Пе-2 при ранениях в воздухе . . . 41

ОБМЕН ОПЫТОМ

Полковник мед. службы II. С. К о в т у р м а и. Применение пара с лечебной целью ....43.....

СОКТЕХТ8

РР0ВБЕМ8 ОБ ТНЕРАРУ АКБ РРОРНУЕАХ18

Со1опе1 I). 14 Т I кЬ от 1 г о V. 4)1-веавев о(Йте (Завбо-ШГевИпа! Ргас1 Ассогсйпб 1о Иге Ма1ег1а1 о(а МйИагу Повриа!..... 3

Сар1аш Т. I. 8 I а п к е VI с 11. Репейайп§ Сгаша1 \УонпИ8 Ассогсйп^ Ю сИвяесЕоп МаГепа! ОЬІатеЗ 1гопт Нте ЕавгРгивжап \Уаг Оретайоп. 16

Сапй.1п щей. яс1. А. Ы. О о 1 б пт а п. Сйап§ев о(Уавси1аг Топив 1п \Уаг Тгаиша о{ РеПрЬега! Кепгев 24

Сар1а1п V. Г4. Ь е Ь е <1 е V. МосИЙеб Тгеа1теп4 о(8саЬ1ев XV ПИ Е1е-П11ПЦ 8о1и0оп 28

Со1опе1 V. V 8 к V о г г в о V. Рг1пс1-р1ев он тЪе ЕвГаЬВвйтеп! о(МесЕса! Соп1го1 Тог Иге Ми1гП1-оп о! 111е (гоурв..... 30

ОРОАМгАТЮИ АКБ ТАСТ1С8 ОР МЕШСАТ 81-.РУ1СЕ8

V. А. 8 I е 1 а 6 и аш! V. V. V 1 п о & г а с! *о* V. АНешр! о(Огкаш7.1п§ Агту 8<айоп8 (ог В1ооС1 ТгапЦизюп 32

[ДеЬІепап! Со1опе1 М. А. Твике г-т а п. Моге оп Тпаде о! \\'оип-бей.....•..... 34

Р РОВ ТЕМ 8 ОР АМПЕР! БЕМЮ-ТОО1САЕ МЕА8ЦРЕ8 IX ТНЕ АРМУ

Ма]от 8. Е. 8 В а р 1 г о. РесиИаПНев о{ Нте и'огк И1 а Р1е1<1 НоврПа! 1ог 1л1ес11оиз П^еавев 37

РРОВБЕМ8 ОР МЕБ1САБ 8ЕРУ1СЕ8 /А А/Р РОРСЕ8

Март М. Р. Т и ш а п о V. 8е11а1с1 апб Ми1иа1 А1<4 оп а Нащ Ре-2 1ог Аоигк! Оссигтй12 1п И1е А1г 41

ВР1ЕР ПОТЕЗ

Со1опе1 Ц. 8. К о V I и г ш а п. Изе о! У'арог 1'ог Тйегару.....43

**ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР**

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

**Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ**

**Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ**

Члены редколлегии:

генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

10

ОКТЯБРЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
«МЕДГИЗ» —1946 —МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. А 10786. Сдано в производство 19/У1П 1946 г. Подп. к печати 22/Х1 1946 г. Форм. бум. 70 Х Юв[1]/^ П. л. 4,0. Уч.-изд. л. 6,9. В 1 печ. л. 70 000 зн. Тир. 8800 экз. Цена 2 р. Заказ 336

13-я тип. треста .Полиграфкнига* ОГИЗа при Совете министров РСФСР. Москва, Денисовский, 30

Полковник мед. службы кандидат мед. наук Д. Н. ТИХОМИРОВ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПО МАТЕРИАЛАМ ГАРНИЗОННОГО ГОСПИТАЛЯ

Больных, прошедших через хирургическое отделение нашего военного госпиталя, мы разбили на четыре группы: 1) оперированные при неосложненных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки (в эту же группу вошло несколько больных с кровоточащими язвами); 2) оперированные при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки; 3) больные, у которых при операции язвы не были обнаружены; 4) больные раком и прочими опухолями желудка (полипы), оперированные и неоперированные.

Хирургическая деятельность в госпитале начала развертываться в 1933 г. Характеристика наших больных и движение их по годам показаны в табл. 1. Одновременно в ней отражена и смертность.

Таблица 1

Год	Количество больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки	Умерло	Количество больных с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки	Умерло	Больные, у которых при операции язвы не найдены	Умерло	Больные раком и полипами желудка	Умерло
1927—1932. . . .	2	1	1				1	1
1933	13	—	2	1	4	—	1	1
1934	8	1	4	—	3	—	. 3	3
1935-	9	2	4	2	4	—	3	—
1936	10	1	6	3	3		4	2
1937	8	—	5	1	3		2	1
1938.	14	2	6	1	3	1	5	1
1939	9	—	7	—	1	—	4	2
1940	15	2	5	2	2	—	4	1
Всего . .	88	9	40	10	23	1	27	12

Распределение больных по категориям дано в табл. 2.

Таблица 2

Заболевания	Красноармейцы	Начсостав	Члены семей начсостава	Гражданские
Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	59	16	4	9
Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. . . . ■	26	13	_	1
При операции язв не найдено	15	6	1	1
	2	15	4	6

Из табл. 2 видно, что язвы желудка встречаются чаще у красноармейцев, чем у начсостава, а рак желудка наоборот. Это объясняется возрастными изменениями. Тем не менее 2 случая рака желудка мы встретили и у красноармейцев. Гражданские больные помещались в госпиталь в 1935—1938 гг. Локализация язвы желудка показана в табл. 3.

Таблица 3

	Эрозивный гастрит	Двенадцатиперстная кишка	Привратник	Малая кривизна
	2	49	25	12
Прободные язвы	—	19	18	3

Два случая эрозивного гастрита относятся к 1933—1934 гг., диагноз установлен макроскопически. Как видно из табл. 3, преобладают язвы двенадцатиперстной кишки, что соответствует литературным данным.

Характер оперативного вмешательства показан в табл. 4.

Т аблнца 4

											Не оперированы	Умерло	% смертности
Неосложненные язвы 78	8		—	—	1	—	1	—	—	—	9	10
Прободные язвы . . 12			7	—	—	—	—	—	1	—	10	25
При операпии язвы не найдены .... —			—	3	5	3	4	6	—	—	1	4,1
Рак желудка .... И			—	1	—	—	7	—	—	3	12	44,4

Из 102 резекций 17 сделано по Финстереру для выключения язвы двенадцатиперстной кишки, 2 операции сделаны по Бильроту, остальные по Райхель-Полиа-Бальфуру. При 56 резекциях применено позадиободочное соединение желудка с тонкой кишкой, при 46 резекциях — впередиободочное. Каких-либо преимуществ одного способа перед другим в смысле снижения осложнений и лучших отдаленных результатов не отмечено. Такое же высказывание имеется и в сборной анкете 'Маянца на XXIV съезде хирургов. На 166 мужчин было 12 женщин. Возраст больных молодой и средний (последние в меньшинстве). Отдаленные результаты известны о 15 больных. При неосложненной язве здоровы: через 3 месяца после операции 1 больной, через 6 месяцев—1, через год — 3, через 5 лет— 1, через 6 лет — 2, через 7 лет— 1. При прободной язве: через 8 месяцев— 1, через 4 года— 1, через 6 лет—1. По третьей группе один больной через год был здоров, у второго через 1 год 3 месяца возобновились боли. После резекции при раке 1 больной умер через год, повидимому, от рецидива. Небольшое число отдаленных результатов объясняется текучестью основного состава наших больных. Характер применявшегося при операциях обезболивания указан в табл. 5.

Местная анестезия и анестезия чревного нерва проводилась 0,25% раствором новокаина с добавлением карболовой кислоты (1,0 на 800,0 раствора). Для общего наркоза применялся эфир (через маску Омбредана-Садовенко). Изредка мы применяли гексенал, эвипан. Два раза в дополнение к местной анестезии применен мнимый наркоз: больному давали в руки маску, в которую наливали несколько капель эфира, и предлагали дышать через маску. Оба больные вели себя спокойно и,

Таблица 5

	Местная анестезия	Общий наркоз
Неосложненные язвы	61	27
Прободные язвы	16	24
При операции язвы не найдены	20	3
Рак желудка	15	9

ожидая наступления сна, дали докончить операцию. Один больной при эфирном наркозе (прободная язва) умер на операционном столе от паралича сердца (табл. 6). Переливание крови при неосложненных случаях сделано 28 больным, которым перелито в общей сложности 14,5 л крови. Переливание делалось для ликвидации послеоперационного шока, для борьбы с осложнениями и малокровием при кровоточащих язвах. При остальных желудочных заболеваниях кровь переливали единичным больным.

Переходим к изучению послеоперационных осложнений, которые в части случаев повлекли за собой смертельный исход. Материалы по этому поводу даны в табл. 6.

Для иллюстрации таблицы приведу несколько примеров.

Больной Ч. Болен 3 года. Резекция половины желудка и значительного участка горизонтальной части двенадцатиперстной кишки. Рана зажила первичным натяжением. Через 10—12 дней после операции постепенно развилась нарастающая желтуха. Релапаротомия: желчный пузырь растянут, шейка его в рубцах. Холецистогастростомия. Постепенное исчезновение желтухи, выздоровление.

Больной Б. Кровоточащая язва двенадцатиперстной кишки, проникающая в поджелудочную железу. При резекции удалена часть поджелудочной железы и поранен общий желчный проток. Восстановить его проходимость не удалось. Смерть от истощения через 2 месяца после операции.

Больной Ш. Язва двенадцатиперстной кишки. Резекция. В течение 8 дней после операции рвота. При диагнозе «порочный круг» сделана релапарото.мия. Анастомоз и оба колена тонкой кишки отечны и воспалены. Наложена передняя гастроэнтеростомия с длинной петлей. Перфорация при операции первичного анастомоза, шов его, тампонада. Выздоровление с образованием грыжи послеоперационного рубца. Рентгеноскопия через 2 месяца: контрастная масса периодически проходит через анастомоз; через один час в желудке остается ’/э принятого контраста.

Больной О. При операции язвы не найдено. Рассечены спайки около привратника. Через полгода оперирован повторно с диагнозом «острый живот». Обнаружено прободение подвздошной кишки, сделана резекция кишки и илеосигмостомия. На секции обнаружена хроническая язва двенадцатиперстной кишки и тромбоз верхней брыжеечной артерии.

Больной Д. Прободная язва привратника. Резекция. Рана после операции зажила первичным натяжением. Смерть через полгода от множественных абсцессов печени.

Главные причины смертности при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки — поздняя доставка больных в отделение (после 42 часов с момента прободения) (5 случаев). При раке желудка большинство умерших погибло от кахексии (8 случаев). Все операции произведены 14 хирургами. Степень участия их в производстве операций указана в табл. 7.

Из табл. 7 видно, что наша оперативная работа отличается от работы клиник и больниц, где все крупные операции производятся шефом кли-

Таблица

ВИИОГОСКПВКЭ^	ГО 1 1	
наш экньиботя Ччнвб эинэгжохэаа	1 < 1 1	
И1ЭОКО11 ион -шо^р РЯРПОН'ЛРХ	1 г" 1 1	5
викогэобэгнд	1° 1 1	в
виэннфэу	1 1 1	со о си о
изкяонвюЛ эн еонлвир/'	1 1 1	
ИЯГПИЯ И0ЯН01 и.ч -иэжнбр еодиюд.ь	1 1 1	5
ВИЭНЭХР^	1 1 1.о	в 3 а
(ЯОЭВЬ 5[Э1Г -эои) ЭИНЭ1ГЭ1Т10 я ГПИ1В1ЭО1' ввнгеоц	1 Г° I 1	5
1ИНО1ИЙЭЦ	1 1–©	о а с5 со
(ИИНЕОЯЙВН) спибээ ьиквдвц	1 1	СС 3 о
а.<бл ииньоЛоц	о" 1 1 1	о
вчгэХоэ вйощп	1 1	о
ОЛОМЛЭК эээп -Эри 'винонаэнц	1 1 1	1
(И0НЕЭ1гХябЭ0.<П неэвэж ионьоГ -^ВЭЖГОЦ еобяэц	^1 1 I	о 5
еяяХк'эж СН01ЧЛЭк*ф	1 1 1	с3 в со
ХбХгглпг я оаэ 1вяхве 'вмоюби озон -ыгэж сяеэбэбэц	1 1 1	О В
ЯИНЬЭШИЛ 9 эинэь^хояо	Л 1 1	си о °
1Ш1Л1ШШ1Г эинвяиечввчэоэ 'винэьэюаойя	^1 1	о 3 со
няшилионюЛэнш -вИВвнзаИ" нюг-Кя ЧЮОНЬОПгЮОГЭЦ	1 1	1 закои
яощ	2? 1 1	в" в

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
Прободные язвы ....
При операции язвы не найдено...................
Рак желудка, полип.......................................

о в * о о а о в с3 ? си С

Хирургия	Операции																Умерло			
	I группа 1		II группа				111 группа						IV группа							
	язвы желудка и двенадцагиперстпои КНШлИ		прободная язва				язва при операции не найдена						рак желудка							
	ВНП -ЯЭЕЭб	викою -обэанб -обюва	БИН -яэезд	ЭнН НИША -р вин -л ЭО(131 -И (■ ,оЛ	ННЕН ЭНН -раиптХ	необевб	РМИХ •ЭРГИ -одоп'иц	яэгпэ эинэь -ЭЭЭБС!	ВИНО1 -обвшлг ввндобн	викою -обэше -обюсл	ВИК01 -ойхэел	БИН -01И6 '-'П'НЭННР	ВИП -ЯЭЕЭб	виною -0ЙЭ1Н6 -осЬ.эвл	виио1 -ос1впв1г венообп	БИИ01Э -оскэрл	эпп.Ма I ои	эпп/Чт 11 оп	эииЛбл III ои	эннХбл А1 он
о .... в С5 Н < О З С О	-ч о УЭ со Ь> со сч —1	ГО | | •-1 сч сч	сч О го I I	СЧ »"М Т «-Ч 00	го I -) | го	- 1 1 1 1 1	Го | I I I С1	сч | | | | -	- 1 1 |~™	1 1 1 1 1 сч	сч | 1 | | 1	— 1 1 1 —	I I 1	СЧ сч | | — |	СЧ~ | I ТГ |	-11111	»—■ «о » —« |	-н СМ ГО 1 | ГО	11111-	<о сч —■ 1 1 го
Всего . . 1	78 |	8	12 , 20 |					СО	5 |	2	1 А |	6	| /// 1	5 |	7		|||ЈЄ		•—1	

ники или его помощником и где выводы из статистики носят более однородный характер. С другой стороны, следует отметить и положительный момент в нашей работе: несколько молодых хирургов произвели первые резекции под руководством старших и овладели техникой. Тем не менее **мы** считаем, что производство даже 10 резекций еще не дает хирургу права считать себя опытным резекционистом и оперировать без более опытного руководства.

О группе заболеваний, когда при операции язвы не было найдено, следует сказать, что она относится в основном к 1933—1938 гг. 'Тогда еще только вырабатывались показания к оперативному вмешательству и рентгеновское обследование не стояло на высоте.

Отделение отдало дань увлечению тех лет — пилоропластикам, рассечениям спаек и гастротомиям, которые производились во многих хирургических стационарах. В этом отношении характерна следующая история болезни:

Больной С., врач по профессии. Болен 8 лет. Язвенный симптомокомплекс. Лечеиие на курорте дало временное улучшение. Рентгеновские данные неопределенны. Лечился антирабическими прививками в 1935 г. без эффекта. При операции (лапаротомия, гастротомия) желудок нормален. Выздоровление.

Вероятно, значительное число таких больных страдает гиперацидным гастритом и составляет значительный процент гастритико1в-хроников в воинских частях. Эти больные периодически лежат в терапевтических отделениях, получают улучшение и через некоторое время снова попадают в госпиталь с рецидивом заболевания. За последние годы профессор Хабаровского медицинского института С. В. Гейнац предложил для лечения подобных больных производить перевязку желудочных сосудов по Витцелю. Эту операцию Гейнац назвал ангиоредукцией. Операция, по наблюдениям госпитальной клиники Хабаровского медицинского института, снижает кислотность и устраняет боли. Если при дальнейших наблюдениях эффект будет стойким, эту операцию можно рекомендовать при гиперацидных гастритах.

В некоторых случаях диагностика язвы очень трудна.

Больной С. поступал в терапевтическое отделение 7 раз с диагнозом «хронический гастрит»; 4 раза был на курорте. В 8-й раз больной поступил в хирургическое отделение и был оперирован. Найден рубец в привратнике, сделана гастроэнтеростомия. Через Р/г года больной поступил с рецидивом боли. При гентгеноло!гическом исследовании обнаружена язва малой кривизны.

В заключение приведу ряд примеров по случаям, не вошедшим в нашу статистику.

По первому разделу. Больному А. 3 года назад в одной из больниц сделали гастроэмтеростомию по поводу язвы. Боли. При рентгеноскопии контрастная масса идет через привратник и соустье. Через час желудок пуст. Признан негодным **к** службе. • Больному К. 12 лет назад сделана пилоропластика. Рентгеноскопия: перигастрит, подозрение на язву. От повторной операции отказался. Признан негодным **к** службе. Больному Б. 16 лет назад сделана задняя гастроэнтеростомия. По словам больного, уже через 1И года анастомоз закрылся, что было обнаружено при просвечивании. В настоящее время при рентгеноскопии найден гастроптоз.

По второму разделу. Двое больных оперированы в войсковом лазарете. Сделано ушивание и гастроэнтеростомия. Оба направлены в госпиталь на самолете **с** диагнозом «порочный круг». Один выздоровел без операции. У второго при операции оказалось, что задний анастомоз был наложен с длинной петлей. Сделан энтероанастомоз между приводящим и отводящим коленом. Выздоровление. Больной Б. оперирован в другом лечебном заведении через 70 часов после начала перфорации. Был осмотрен червеобразный отросток, потом сделан срединный разрез для осмотр» желудка. Язвы не нашли, и хирург снова обратился к червеобразному отростку, **а** потом во второй раз к желудку. В этот раз удалось найти и ушить язву. Смертельный исход. Больному К. 11/г года назад сделана операция по поводу прободной язвы желудка. Операция начата **с** аппендэктомии. Видя, что дело не в отростке, хирург продлил разрез от верхнего конца вверх и внутрь; таким образом, **рубец на** животе имел форму угла, открытого к пупку.

У 9 наших больных диагноз был поставлен на операционном столе. Операция начиналась с осмотра червеобразного отростка, Отмечены случаи консервативного лечения прободной язвы желудка, когда больные выздоравливали (1928). У больного И. (1932) была обнаружена и ушита готовящаяся, но еще не совершившаяся перфорация. У больного Б. при операции прободения не найдено. Впоследствии установлена пищевая интоксикация. Повышение качества работы в дальнейшем должно итти за счет: а) тщательной диагностики, б) такой же оценки показаний к операции, в) оперирования опытным хирургом или при его помощи, г) широкого применения переливания крови и д) ранней доставки в отделение больных с прободной'язвой желудка'.

Ошибки в диагностике и лечении острого аппендицита

За время с 1907 по 1939 г. в Хабаровском госпитале оперировано 1 003 больных острым аппендицитом, причем за первые 24 года (по 1931 г.) сделано только 24 операции. Таким образом, операции при остром аппендиците начали производиться более или менее систематически лишь с 1932 г. Это объяснялось недостаточной активностью хирургов и непопулярностью идеи срочной операции как среди врачей, так и больных.

Операции были произведены несколькими десятками врачей, в том числе 1прикомандированными. В одном случае операцию сержанту американской армии делали американские врачи (1918).

В 1907—1909 гг. аппендэктомию только начали применять. После операции больному (до 1915 г.) давали годичный отпуск. 1910—1917 гг. операции делали довольно часто. С 1918 по 1923 г. число операций по поводу аппендицита в холодной стадии сократилось, что зависело от многих условий, вызванных гражданской войной и интервенцией, и соответствовало снижению аппендэктомий, отмеченному многими хирургами в эти годы. С 1924 по 1931 г. число операций вновь нарастает и делает резкий скачок вверх в 1932 г., когда на Дальний Восток стали стекаться новые людские контингенты.

Среди оперированных больных 2—3<*/о составляют женщины и дети.

Более подробный анализ по архивным данным возможен с 1932 г. За 1939 г. аппендэктомий в остром периоде сделано больше, чем в холодном, а в 1932 г. аппендэктомий В' холодном периоде сделано в 6 раз больше, чем в остром.

Характеристика нашего материала по динамике и патологоанатомическим изменениям видна из табл. 8 и 9.

Таблица 8

Год / Оперативное вмешательство	8 сп	сп	7	о сп	о ст>	35	<м сп	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	Всего
Аппендэктомий в холодном периоде в среднем за каждый год	6	*44*	16	84	195	251		286	313	269	189	266	324	2	243	
Аппендэктомий в горячем периоде	1	9	2	12	26	35	80	82		91	ПО	214	341	I		1063
Процентное отношение острых аппендицитов к холодным	16,6	20,5	12,5	14,3	13,3	14		27,9	26	34	58,2	80,5	105		44,7	

Таблица 9

Характер заболевания аппендицитом \ Год	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	Всего	Удельный вес
Катарральный	3	10	14	27	36	37	88	118	343	34,2
Флегмонозный	7	11	24	17	21	29	84	85	278	27,7
Гангренозный	5	6	18	18	24	27	46	82	226	22,5
Прободной	8	7	21	17	9	15	18	23	118	11,7
Аппендикулярный абсцесс	3	1	3	3	1	2	1		14	1.4
Норма								23		2.3

За последние годы уменьшается число прободных аппендицитов и аппендикулярных абсцессов за счет увеличения прочих форм, что зависит от более раннего вмешательства. В 1932 г. эти две формы составляли 42%, а в 1939 г. — только 7%.

Смертность колеблется от 50 (1907—1931) до 1,2% (1939). В среднем за последние 8 лет она составляет 2,5%.

У Ратнера смертность равнялась 7,2% (сводная), у Блэка—4,5%, у Салищева — 2,8%, у Шапиро—12% {гангренозные аппендициты), у Красносельского — 3,2%, у Уэвила— 4,5%, у Фука — 3%, у Габай — 1,7%, у Хрусталева—1,8%, у Жака (Калмановский) — 1,4%; у Мануйлова и Колдаева случаев смерти не было.

Разберем причины смерти и попутных осложнений (табл. 10).

Таблица 10

Причины смерти \ Год	1907—1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	Всего
Поздняя доставка и поздняя операция	2	1			2		1		2	8
Задержка операции в отделении . .	1	1		1	1					4
Ошибки в диагностике и технике операции			1		3		1		1	6
Осложнения				1	3	1	1		1	7
Не установлено	9									9
Не оперированы				1			2			3
Всего . . .	12	2	1	3	9	1	5	0	4	37

Диагностические ошибки. Аппендэктомия была произведена три раза при почечной колике. У одного больного явления со сто-

роны правой подвздошной области были настолько сильны, что, несмотря на патологическое состояние мочи, его было решено оперировать. Одному больному аппендэктомия сделана при начинающемся паранефрите, отросток был нормален. Впоследствии вскрыто околопочечное скопление гноя. При прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки операция была начата с аппендэктомии 8 раз и, наоборот, трижды операция начата разрезом в подложечной области, причем оказалось, что желудок здоров, имелся же острый аппендицит. Один больной умер от гангренозного аппендицита. Дважды при операции обнаружен дивертикул Меккеля. В трех случаях острый аппендицит рассматривался как пищевая интоксикация, вследствие чего произошло промедление с операцией. В двух случаях, очевидно ошибочно, был распознан, инфильтрат на вторые сутки от начала приступа; операция отложена-Однажды заболевание трактовалось как диплострептококковый перитонит, почему и воздержались от операции. На секции оказался гангренозный аппендицит. С другой стороны, аппендэктомия сделана пять раз при дипло-стрептококковом перитоните. Все больные умерли (эти больные в таблицу не включены).

К описанным случаям примыкают следующие. 1. При картине острого аппендицита производится лапаротомия. В брюшной полости гной, источник его не обнаруживается, отросток в норме. Из гноя высеяны грамположительные палочки и кокки, в крови лейкоцитоз, сдвиг влево, высокая РОЭ. |Выздоровление. 12. (Остро протекающий гангренозный аппендицит после ангины с поражением разных серозных оболочек. Аппендэктомия через 48 часов. Смерть. Другой больной в подобном же случае выздоровел. 3. Остро протекающий гангренозный аппендицит. После удаления отростка в брюшную полость влита антистрептококковая сыворотка. Выздоровление.

Однажды острый аппендицит рассматривался как внематочная беременность. Сделан разрез по средней линии, вскрыт аппендикулярный абсцесс. Смерть. Была еще одна аппендэктомия через срединный разрез. Выздоровление. Один больной с инфильтратом поступил в терапевтическое отделение с диагнозом «подозрение на туберкулез легких». Инфильтрат быстро растаял (вскрылся в кишку). Рекомендована операция через 2 месяца.

Колебания в диагнозе были 14 раз. В трех из них после выжидания в течение двух суток на операции обнаружено прободение, в одном — гангрена, тампонада, длительное (20—30 дней) пребывание в стационаре. При операции четыре раза был обнаружен инфильтрат, брюшная полость была зашита без каких-либо манипуляций над инфильтратом. Выздоровление.

Эти ошибки дают сравнительно малую смертность. Диагноз уточняется на операции, которая в этих случаях большей частью показана.

Позднее направление в стационар. Распределение этих случаев дано в табл. 11.

В последние годы число операций, сделанных в первые сутки от начала приступа, в процентном отношении возрастает, так как больных стали раньше доставлять в госпиталь. Оно возросло бы еще более, если бы госпиталь получал больных только из города, а не с периферии радиусом в сотни километров, откуда, естественно, болрные поступали с опозданием. В основном поздняя доставка зависела от организационных и технических дефектов санитарного обслуживания частей.

В результате поздней доставки не оперировано, вследствие развития инфильтратов, 57 человек; в 63 случаях операция отложена на холодный период ввиду затихания приступа; 154 человека оперированы на третьи сутки, причем у 67 больных (42%) были обнаружены деструктивные формы, потребовавшие тампонады с увеличением числа койко-дней до 20—30, и вызвавшие сопутствующие осложнения. Умерло 8 человек (5,2%).

Таблица 11

Время операции с начала приступа \ Год	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939
До 12 часов	2	3	9	11	20	30	73	100
До 24 часов	8	14	25	27	33	27	64	122
До 48 часов	10	6	20	19	22	30	46	34
До 72 часов	1	6	7	8	12	18	9	18
После 72 часов	5	6	19	12	4	5	22	17
Процент операций в первые сутки	39	49	42	46	58	52	63	80

Если же взять цифры оперированных в остром периоде с 1907 по '1931 г,, то окажется, что из оперированных умерло 11, в том числе 8 — в дореволюционное время (смертность около 50%). Причина поздней (вынужденной) операции известна только в двух случаях за 1929 и 1930 гг. — поздняя доставка. Из неоперированных погиб один больной, доставленный с инфильтратом. После долгого пребывания этого больного в отделении инфильтрат у него осложнился левосторонним поддиафрагмальным абсцесоом.

Таким образом, позднее направление больного в госпиталь является причиной смерти в 25% случаев (за 1932—1939 гг.).

Задержка операции в стационаре происходила преимущественно для уточнения диагноза, для производства анализов, консультаций, наблюдения за ходом заболевания и сравнительно редко для перевода процесса в холодное состояние. Был ряд случаев, когда больного, поступившего вечером, оперировали на следующее утро. Кроме того, встречались хирурги, возводившие выжидание в систему. Наконец, ряд больных соглашался на операцию не сразу. Двухмоментный аппендицит по Мондору наблюдался 7 раз, все оперированные выздоровели. Задержка операции стала причиной смерти 4 больных (около 11% всей смертности). Последний случай был в 1935 г. Это указывает, что за последние 4 года выжидание с операцией стало наблюдаться значительно реже. В начале 1938 г. было установлено дежурство операционных медсестер. В результате сразу выросло число операций, сделанных в первые часы от начала приступа аппендицита.

Ошибки и осложнения в технике операции. Техника операций в разное время была различной. За последние два года принят стандартный косой разрез через точку Мак Бурнея. Операция делается под местной анестезией, к которой иногда присоединяется общий наркоз. С 1939 г. охотно прибегали к гексеналу или эвипану, что позволяло безболезненно отыскивать и извлекать отросток. Культя отростка погружается. Лигатурный способ применен не более 10 раз, причем в одном случае образовался каловый свищ, впрочем, вскоре закрывшийся. Тампоны к ложу отростка применялись при прободении и начинающем-

ся перитоните, а также в технически трудных случаях. Иногда вводился тампон к зашитой брюшине или турунда на один день под кожу. Всего тампонада применена в 102 случаях, т. е. в 10%. Нагноений в 1934 г. было 13%, в 1935 г,— 13%, в 1936 г,—20%, в 1937 г.— 11%, в 1938 г — 9,5%, в 1939 г. — 8,5%. Красносельский наблюдал 8,8% тампонады и 10% нагноений. Салищев имел 10% нагноений. Хрусталев считает ошибкой отказ от тампона в случае ретроцекального гангренозного аппендицита с перитонитом, перфоративного аппендицита большой давности при наличии гноя с запахом. В таких случаях при шве наглухо развиваются нагноения с флегмоной раны. На нашем материале было больше случаев ошибочного шва наглухо, чем неуместной тампонады. В единичных случаях кожу не зашивали.

Из технических ошибок отмечены: 1. Оставление гангренозного отростка в животе, хотя в истории болезни указывалось, что отросток удален. Два таких случая произошли в 1935 г., причем один больной был оперирован в другом лечебном учреждении и доставлен в госпиталь с развившимся перитонитом. Оба больных умерли. 2. Случай высвобождения отростка из инфильтрата в межуточном периоде: в результате перитонит **и** смерть больного. 6. Обрыв отростка при выделении отмечен в 14 случаях, из них в одном длинный отросток имел направление к корню брыжейки. Этот больной выздоровел. В одном случае была сделана операция удаления меккелева дивертикула (в другом лечебном учреждении) и оставлен отросток. Через полгода произошел приступ гангренозного аппендицита, отросток при выделении был порван. Тампон. Выздоровление. Была допущена одна грубая ошибка зашивания наглухо раны после обрыва отростка с оставлением верхушки последнего в животе: больной умер. 4. Отсутствие отростка отмечено два раза: проверено полным выведением слепой кишки в рану и тщательным осмотром кишки. Нам известен ряд случаев ненахождения отростка при операциях, сделанных в гарнизонах, базирующихся на госпиталь, причем хирург не всегда уведомлял больного об этом обстоятельстве. 5. Случай кровотечения из брыжейки после субсерозного удаления отростка, идущего к печени, без лигатур на брыжейку, окончившийся смертью. Следующий способ операции наблюдался один раз: больного оперировали в войсковом лазарете. Хирург не нашел отростка, зашил рану и повез больного в госпиталь. Здесь операцию тотчас довели до конца. Выздоровление. Трижды дежурные хирурги были вынуждены вызывать старших товарищей из-за технических трудностей операции.

По причинам этой группы ошибок умерло 6 человек (около % всей смертности).

Осложнения в послеоперационном периоде были у 36 больных (3,6% к числу оперированных). Следует сказать, что Гринберг до 50% операций сделал в межуточном периоде (после трех суток), **а** у нас таких операций было всего 8,8%. Перитониты развились у 14 больных, поддиафрагмальные абсцессы — у 4, абсцессы Дугласа — у 4, кишечная непроходимость — у одного, геморрагии — у 4, каловые свищи у 4, сепсис — у одного, абсцесс печени — у одного, полисерозит — у одного, пиэлит— у одного, мезентериальная пиемия — у одного больного.

От осложнений умерло 7 больных (около % всех умерших).

Здесь разберем только те осложнения, которые возникли после операции и зависели от существа самого патологического процесса, вирулентности микрофлоры и иммунобиологических особенностей организма. Инвагинация сигмы вследствие образования спаек через 25 дней после операции. Больной умер. В одном случае — прорыв абсцесса в брюшную полость, несмотря на предварительное оперативное вскрытие. Смерть. В другом случае закрывшийся абсцесс рецидивировал и потребовалось вскрыть его повторно. В третьем — вскрытие и ликвидиро-

вание абсцесса не предотвратило через 2 месяца прободения отростка Была сделана аппендэктомия. Больной выздоровел.

Абсцессы печени и поддиафрагмальные. У одного больного через 15 дней после аппендэктомии образовался абсцесс печени. Вскрытие и тампонада посредством чрезплевральной лапаротомии. Смерть через 10 дней после операции. — В одном случае — операция через 48 часов в другом лечебном учреждении, отросток не найден. Знобы. Переведен в госпиталь через месяц после операции. Еще через 15 дней вскрытие правостороннего поддиафрагмального абсцесса. Выздоровление.—2 больных погибли после длительного заболевания. На вскрытии у обоих найден левосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Очевидно, инфекция проделала длительный путь через малый таз и левый боковой канал. Один больной был задержан в части на 48 часов. Лечение касторовым маслом. На операции обнаружено прободение. Аппендэктомия, тампон. Выписан через 15 дней, очевидно, с не вполне ликвидированным очагом инфекции, так как через 16 дней вновь поступил в стационар и спустя Р/г месяца умер. Второй больной доставлен через 2 суток с инфильтратом, не оперирован.—В одном случае малярия симулировала гнойные осложнения со стороны печени, диафрагмы и брюшины. Рентгенологически определялось высокое стояние купола диафрагмы; пункции гноя не дали. Выздоровление после хинизации.—Образование гематом (соскальзывание лигатур с брыжейки) наблюдалось 4 раза. В двух случаях гематомы были вскрыты и опорожнены через раскрытые раны. Выздоровление. В третьем случае рану не раскрывали, длительное тяжелое течение с образованием поддиафрагмального абсцесса слева. Больной умер. В четвертом — явления кровотечения на второй день — лапаротомия, на шестой день смерть от перитонита — Абсцесс дугласова пространства наблюдался 4 раза. В одном случае у ребенка 7 лет, на пятый день после удаления перфорированного отростка и тампонады, образовался дугласов. абсцесс, ликвидированный разрезом через прямую кишку. На восьмой день кровотечение из раны живота, повторявшееся три раза и доведшее ребенка до высокой степени анемии. Переливание крови, тугая тампонада раны. Выздоровление.—Образование калового свища после тампонады в 4 случаях. Два раза свищи закрылись самостоятельно.

Осложнения полисерозитом и пиэлитом закончились выздоровлением.

Двое больных, выписанных с незажившими ранами после тампонады, поступили повторно. Первый доставлен через 4 дня после выписки, с высокой температурой и общими явлениями, быстро ликвидировавшимися после вливания уротропина. Очевидно, в данном случае имела место травматизация грануляций при транспортировке и перевязках в приемно,м покое части. Подобные больные после выписки нуждаются в последующем контроле оперировавшего хирурга до полного заживления раны. Вторая больная оперирована в городской больнице. Через 14 дней после выписки из больницы была доставлена в госпиталь приблизительно в таком же состоянии, как и первый больной. Выздоровление через месяц.

Инфаркты легких чаще проходили под диагнозом послеоперационного бронхита или пневмонии. Больные выздоровели. Раннее вставание и хождение после операции, вошедшее в практику отделения в 1934 г., почти свело на-нет эти осложнения, а также задержки мочеиспускания, метеоризм и пр.

Не все больные, поступившие с диагнозом острого аппендицита, оперированы. За 1939 г. не оперировано 46 человек по следующим причинам: 1) диагноз не подтвердился в 13 случаях; 2) больные отказались от операции в 19 случаях; 3) в 7 случаях был легкий приступ; 4) в 5 случаях наблюдался 'инфильтрат; 5) операция была отложена из-за фурункула в 2 случаях.

«Никто не должен умирать от аппендицита» (Дьелафуа) и «операция в остром периоде должна заменить операцию в холодном» (Спасокукоцкий) — вот идеал, к которому обязаны стремиться хирург и терапевт, поскольку от последнего зависит своевременная постановка диагноза и направление больного к хирургу.

В лечении острого аппендицита мы проделали долгий и трудный путь. Повидимому, найдено, верное решение этой проблемы, а именно: немедленная госпитализация, срочная диференциальная диагностика с привлечением гинеколога (у женщин), педиатра (у детей), терапевта, исследование мочи и крови и немедленная операция, за исключением случаев с развившимся инфильтратом. Идя этим путем, мы снизим до минимума смертность и значительно уменьшим число тампонад, послеоперационных осложнений и ускорим восстановление трудоспособности больных.

О повторных поступлениях хирургических больных

Гельфгат считает, что повторные поступления в госпиталь терапевтических больных в 8Г°/о случаев вызываются уважительными, т. е. не зависящими от качества предыдущего лечения, причинами. Наоборот, повторные поступления хирургических больных в госпиталь лишь редко можно объяснить причинами положительного порядка. Объяснение этому мы находим в ином составе и в ином способе лечения хирургических больных сравнительно с терапевтическими. Так, например, среди больных терапевтических отделений имеются большие группы желудочных, легочных больных и ревматиков, которые, очевидно, и дают значительное количество случаев повторных поступлений.

Повторно поступившие в 1939 г. составляли 3,2°/о и в 1943 г. — 3,8'/« к общему числу больных, лечившихся в хирургическом отделении Хабаровского госпиталя. При этом не были учтены больные, повторно поступившие в другое отделение после хирургического или, наоборот, лечившиеся в другом отделении до поступления в хирургическое. Поскольку нам не удалось найти в литературе соответствующих цифр, трудно сказать, мал этот процент или велик. Однако мы должны снизить этот процент, устранив причины отрицательного порядка. Причины повторных поступлений мы разбили, подобно Гельфгату, на три группы: положительного порядка, отрицательного и без качественного оттенка, разбив эти группы на ряд подгрупп {табл. 12).

Распределение повторных поступлений по годам и причинам (в процентах).

Таблица 12

	1939 г.	1940 г.
Причины отрицательного порядка	60	34
Причины положительного порядка	6	13
Причины без качественного оттенка . . . . •	34	53

Причины отрицательного порядка мы разбиваем на следующие подгруппы: ранняя выписка из отделения, недостаточное лечение или обследование в первый раз, отказ больного в первый раз от операции или отсрочка ее из-за сопутствующих заболеваний, препятствующих производству операции. Большинство случаев в первой подгпуппе падает на больных, выписанных с не вполне зажившими ранами. Эти больные поступали повторно или из-за неправильного лечения в приемном покое части, которое иногда врач части необоснованно объясняет «отсутствием стерильного материала», или по требованию больного направить его снова в госпиталь, так как врач части не пользуется авторитетом среди обслуживаемых им контингентов, а также в тех случаях, когда в части амбулаторная хирургическая помощь не была на должной высоте. От-

каз больных от операции был причиной 2,6% случаев повторных поступлений. Отказов может быть меньше, нужно только уметь склонить больного согласиться на операцию. Большую помощь врачу в этом оказывают ранее оперированные больные, которые часто успешно уговаривают колеблющихся.

К причинам положительного порядка относятся следующие: операция аппендицита после рассасывания инфильтрата, этапные двусторонние грыжесечения, синдактилии, ортопедические операции. Следующий случай достоен отдельного описания.

Красноармеец Ч. поступил в госпиталь с двусторонним нефролитиазом. В первый момент посредством пиэлотомии был удален лоханочный камень. Больной хорошо перенес операцию и был выписан — операцию на второй почке решили сделать через некоторый срок. Через Р/г месяца после первой операции произведена нефротомия на второй почке, удалены множественные камни. Больной выздоровел и был демобилизован. Через 2 месяца он сообщил, что чувствует себя здоровым.

Часть повторных поступлений подобного порядка можно изжить, если, например, оперировать больных аппендицитом до образования инфильтрата — в остром периоде.

Третья группа причин — без качественного оттенка: осложнения первого заболевания, не зависящие от выписки и амбулаторного лечения, рецидив заболевания, разные заболевания, «бегство в болезнь», прочие.

К осложнениям первого заболевания относятся следующие случаи: туберкулезный спондилит как последствие компрессионного перелома позвоночника; остеомиэлит после перелома плеча; остеомиэлит ребра после резекции при эмпиеме; хронический цистит после камнесечения; лигатурный свищ после зашивания раны с тампоном; множественные абсцессы печени после резекции желудка при прободной язве. Последний больной был выписан с зажившей первичным натяжением раной, с нормальной температурой. Через месяц после выписки он стал лихорадить; после длительных поисков причины лихорадки его оперировали по поводу абсцесса печени. У больного О. была удалена почка по поводу туберкулеза ее. Через 1% месяца после выписки больной сделал большую прогулку на велосипеде и у него появилась гематурия. Через несколько дней гематурия прекратилась. Рецидивы заболеваний наблюдались у 16% всех повторно поступивших за 1940 г. К ним относятся рецидивы геморроя и выпадения прямой кишки после операции; туберкулезного тендовагинита после иссечения; камней почки после пиэлотомии и камней мочеточника — после низведения камней при помощи глицерина; рецидивы язв голени.

Группа повторно поступивших по поводу других заболеваний, не связанных с первым, среди всех повторно поступивших за 1940 г. составляет тоже 16%. Казалось бы, что подобные поступления не следовало учитывать как повторные. Однако среди этих больных были такие, у которых при первом поступлении было просмотрено сопутствующее заболевание.

Изжить такие поступления можно путем тщательного и всестороннего обследования больного и лечения не только основного, но и сопутствующих заболеваний.

Незначительная группа «бежавших в болезнь» (3,5% повторных поступлений 1940 г.) состоит в основном из аггравантов.

К категории разных мы относим следующие случаи: ампутация голени по поводу саркомы. Больной настаивал на протезировании, хотя ему оно и не было показано. Через 2 месяца после выписки появились метастазы в легких. У второго больного (врач) было определено отсутствие функции почки и дано курортное лечение. При втором поступлении было установлено врожденное отсутствие почки, больной был признан к службе годным, согласно примечанию к ст. 33 приказа № 194.

Несколько больных были положены в отделение без осмотра оперировавшим их хирургом на основе субъективных жалоб и вскоре были выписаны за отсутствием объективных изменений.

Выводы

1. Повторная госпитализация — понятие комплексное, поскольку она обусловлена причинами положительного и отрицательного порядка.
2. Уменьшить повторную госпитализацию можно путем улучшения технического оснащения госпиталя, связи с частью, документации, повышения хирургической квалификации войсковых врачей.
3. Несрочных больных следует помещать в отделение по решению хирурга госпиталя и повторно осматривать в приемном покое госпиталя.
4. В поликлинике должен вести прием квалифицированный хирург.

★

Капитан мед- службы Т. И. СТАНКЕВИЧ

ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА ПО СЕКЦИОННЫМ МАТЕРИАЛАМ В ВОСТОЧНО-ПРУССКУЮ БОЕВУЮ ОПЕРАЦИЮ

Ранние субдуральные гематомы

В войсковом районе наиболее важным с практической точки зрения патологическим состоянием является компрессия мозга. При открытых проникающих ранениях черепа причиной сдавления чаще всего служит кровоизлияние из разрушенных в момент травмы сосудов.

Раненые с экстрадуральными гематомами в войсковом районе встречаются не часто. Субдуральные же кровоизлияния — явление частое, и на первых пунктах медицинской помощи им следует уделять больше внимания. Освобождение гематомы является неотложным оперативным вмешательством, так как 95% этих раненых, если их предоставляют самим себе (по данным Добротворского), умирают.

В различные боевые операции процент смертности от субдуральных гематом колебался, но все же оставался высоким.

Так, в войсковом районе за первые два года Великой отечественной войны (по данным секций) субдуральное кровоизлияние послужило непосредственной причиной смерти в 14,3% случаев. Фактически этот процент выше, так как в МСБ в то время вскрывали лишь часть трупов, а хирургическая активность была чрезвычайно низкой.

В нашей армии в течение первого квартала 1944 г., когда армия вела тяжелые бои по сковыванию сил противника, вскрытию подвергались все трупы умерших в войсковом районе от проникающих ранений черепа. «Раннюю» субдуральную гематому на секционном материале мы встретили в 11,1% случаев. При изучении медицинских документов удалось установить, что в то время для оперативного вмешательства раненые поступали в сроки от 5 до 12 часов с момента ранения и часто без симптомов, типичных для повышенного внутричерепного давления, вследствие чего в МСБ при жизни раненого гематому не диагносцировали.

В связи с этим у нас в армии обязали врачей ПМП отмечать в картах передового района счет и характер пульса и состояние сознания у раненных в череп.

В следующий межбоевой период процент смертей от субдуральных гематом снизился до 6,9, а хирургическая активность возросла.

В октябре 1944 г., при прорыве обороны в Восточной Пруссии, когда на ПМП поступило большое количество раненых, контроль за раненны-

ми в череп с субдуральными гематомами несколько ослаб: коммуникация растянулась и снова возросло число смертей от субдуральных геморрагий до 11,2%.

В последний боевой период в войсковом районе погибло от субдуральных гематом 12,3% раненых с проникающими ранениями черепа.

ИсточникОхМ субдуральных гематом (по секционному материалу), как правило, являются вены мягких мозговых оболочек на стороне ранения. Артериальные бурные кровотечения при разрыве крупных сосудистых стволов встречаются редко, еще реже встречаются гематомы при повреждении сосудов твердой мозговой оболочки на стороне, противоположной ранению.

Постоянно спорным и очень важным является вопрос: при каком объеме субдуральная гематома может угрожать жизни раненого и привести к летальному исходу? Мы наблюдали на секции гематомы различного объема—от 50 до 400 см^3, причем при жизни компрессионные симптомы были выражены и при таких гематомах. Здесь, повидимому, имеет значение ряд факторов — локализация гематомы и характер кровотечения. Более бурно нарастающие гематомы проявляются гораздо раньше и более резко, даже при небольших объемах, в то время как венозное кровотечение при постепенном нарастании гематомы переносится легче. Нередко при проникающих ранениях мозга нам приходилось сталкиваться с более или менее выраженным отеком и набуханием мозга.

Известно, что компрессионные приспособления мозга при уже повышенном внутричерепном давлении ничтожны. Следовательно, достаточно небольшого количества крови, чтобы вызвать тяжелые и угрожающие жизни расстройства.

Таким образом, решать вопрос о причине смерти можно лишь при учете ряда факторов: объема разрушения мозга, локализации повреждения мозга и гематомы и состояния мозга в целом.

У умерших от субдуральных гематом к моменту вскрытия излившаяся кровь очень часто оставалась жидкой. Реже встречались рыхлые свертки, и лишь в очень больших гематомах кровь бывает свернувшейся. Однако нельзя рассчитывать на самопроизвольное опорожнение гематомы, даже при обширных дефектах в твердой мозговой оболочке и кости. Этому препятствует местное набухание и отек мозга, наступающий вслед за травмой. Увеличенный в объеме мозг придавливается к краям костного дефекта.

Прижизненная диагностика субдуральных гематом трудна, особенно **в** тех случаях, когда раненый прибывает через 5—6 часов после ранения. Повидимому, этого срока уже достаточно, чтобы симптомы первоначального раздражения сменились параличом центров продолговатого мозга. Однако необходимость срочного вмешательства по отношению к таким раненым отнюдь не отпадает, так как явления, возникшие в мозгу за 6—8 часов компрессии, едва ли полностью необратимы.

При изучении документов и сравнении записей в них с анатомической картиной создается впечатление, что замедление пульса — один из самых постоянных и ориентирующих симптомов —почти никогда не доходит до 40 ударов в минуту, как это указано во многих руководствах. При открытых травмах черепа пульс обычно замедляется не резко и не более чем до 65—60 ударов в минуту. Поэтому нам кажется ошибочным ориентироваться на слишком резкое замедление пульса. Не следует пренебрегать спинномозговой пункцией с диагностической целью. Ксантохромия и кровь в ликворе, вытекающем под большим давлением, в сочетании с другими, хотя и слабо выраженными, симптомами правильно ориентируют врача. Нередко наблюдается гипертермия и повышение кровяного давления, однако, судя по медицинским документам, этим симптомам уделяется мало внимания. Чтобы спасти жизнь этой кате-

гории раненых, нельзя пренебрегать даже побочными и непостоянными, симптомами.

Ошибочно думать, что во всех случаях раненые с субдуральными геморрагиями умирают. Но гематома у раненых, переживших острый период, резко отягощает их состояние. Так, среди умерших от менингита в последнюю боевую операцию гематомы были обнаружены у 12,7% трупов. Так же как и при менингите, гематомы, прошедшие те или иные изменения, обнаружены у 32,2% умерших от ихорозного энцефалита и газовой инфекции. При этом старые геморрагии по своему объему обычно невелики. Нередко в них выражены явления организации.

Особого внимания заслуживает субдуральный абсцесс, возникший при нагноении субдуральной гематомы. В армейском районе это осложнение найдено у 5,8% всех умерших от осложненной травмы. Субдуральный абсцесс в специализированном госпитале армейского района развивается довольно рано и приводит к смерти чаще на 8—12-е сутки после ранения.

Морфология этого осложнения, равно как и клиника его, очень своеобразны. Наружная рана «грязная», в раневом канале большое количество гноя. При вскрытии черепа твердая мозговая оболочка напряжена в окружности раны мозга и по краю гематомы отделяется с трудом вследствие сращения спайками. После разъединения сращений под твердой мозговой оболочкой обнаруживается гной, смешанный с остатками измененной крови. Часто гной занимает почти все полушарие, общее количество его—200—400 г. В области абсцесса полушарие резко вмято. Мягкие мозговые оболочки за пределами абсцесса полнокровны, в некоторых случаях имелись лишь самые начальные признаки воспаления.

Основная масса раненых с субдуральным абсцессом погибает от компрессионных явлений и тяжелой интоксикации. При изучении историй болезни обращает на себя внимание своеобразие клинического течения. Постоянно отмечается повышение температуры до 39—40°, с большим колебанием утром и вечером. Пульс 70—90 ударов в минуту. На первый взгляд пульс не. является патологическим, но при столь высокой температуре его следует расценивать как резкую брадикардию. При пункции в это время спинномозговая жидкость прозрачна и вытекает не всегда под повышенным давлением. Ригидность затылочных мышц отсутствует и может появиться лишь незадолго до смерти.

Описанные симптомы наблюдаются довольно долго—от 3 до 6 СУТОК. При прорыве инфекции в субарахноидальное пространство за пределы спаек менингит развивается в ближайшие часы и приводит к смерти уже в самой начальной фазе.

Склонность субдурального абсцесса к организации создает предпосылки для эффективного оперативного вмешательства.

Однако умершие от субдурального абсцесса при жизни не получали оперативной помощи. Это объясняется тем, что осложнение не распознается при жизни, симптомы его не привлекали внимания хирургов.

Острое набухание мозга

Говоря о витальных показаниях к оперативному вмешательству, следует остановиться также на остром набухании мозга при открытых проникающих травмах черепа.

Так же как и субдуральные гематомы, острое набухание мозга может встречаться как вслед за ранением, так и в виде тяжелого осложнения при наличии изменений, вызванных инфекцией.

Острое набухание мозга — проявление резкого нарушения водного обмена в мозгу. Как известно, в центральной нервной системе водный обмен находится в состоянии неустойчивого равновесия. Поэтому к рас-

стройству его может привести даже незначительное травматическое или токсическое воздействие. По теории Бурденко и Кловис-Венсана (Франция), острое набухание мозга возникает рефлекторно, вследствие воздействия травмы на вегетативные центры. При травме мозга наступает картина, сходная с шоком, сопровождающаяся плазморреей, т. е. выходом жидкой части крови из сосудистого русла в мозговую ткань. В то же время клетки приобретают способность удерживать большое количество жидкости в силу увеличения гидрофильности их коллоидов. Таким образом, в период острого набухания мозга клетки увеличены в объеме, межклеточное пространство свободно от жидкости. Весь мозг значительно увеличен, извилины сглажены, уплощены, на разрезе мозг сухой, желудочки сужены, содержат мало ликвора. Увеличение объема мозга быстро возникает вслед за травмой и нарастает по часам. 'Мозг, увеличиваясь, проникает в щель Биша—между тенториальным (кольцом и четверохолмием. Набухший мозг сдавливает четверохолмие и ножки мозга, деформируя их. При дальнейшем набухании миндалины мозжечка вдавливаются в большое затылочное отверстие, иногда до первого-второго шейного сегментов, сдавливая продолговатый мозг. Поэтому смерть носит стволовой характер. Симптоматология острого набухания мозга мало отличается от субдуральной гематомы. Но важный диференциальный признак представляет спинальная пункция — она обычно дает скудное количество жидкости, вытекающей под большим давлением и без примеси крови. Далее, при изучении документов, удалось установить, что в отличие от субдурального кровоизлияния при остром набухании мозга пульс резко замедляется — до 40—50 ударов в минуту. В период восточно-прусской боевой операции острое набухание мозга явилось причиной смерти 3,3% раненых, умерших от неосложненной травмы черепа.

Следует отметить, что большинство хирургов в нашей армии к этим раненым подходят чересчур консервативно. 'Мы не видели ни одного срочного оперативного вмешательства, сделанного по поводу этого осложнения. Однако не все хирурги придерживаются такого консерватизма и не все считают таких раненых обреченными на гибель. В частности, 1Карет из клиники Бурденко рекомендует, помимо дегидратационной терапии и спинальной пункции, прибегать к декомпрессивной трепанации. Надо научиться на передовых пунктах хирургической помощи диагносцировать это осложнение и в угрожающих случаях использовать для спасения жизни раненых все мероприятия, вплоть до декомпрессии.

Травматический отек мозга обычно развивается в более поздние сроки, максимума достигает к 4—6-м суткам с момента ранения. По этой причине он приобретает значение лишь для госпиталей армейского тыла. Для отека мозга характерно отбухание коллоидов клеток, с освобождением жидкости и скоплением ее в межклеточных пространствах и периваскулярных щелях. Морфология меняется — мозг становится влажным, желудочки растянуты, содержат большое количество жидкости. Травматический отек, по нашим данным, был причиной смерти 0,6% раненых, умерших от проникающих травм черепа.

Ошибки в эвакуации и в помощи раненным в череп

Анализируя восточно-прусскую боевую операцию, нельзя не остановиться на ошибках в оказании помощи раненым с проникающими ранениями черепа, допущенных в лечебных учреждениях войскового и армейского района.

Остановимся на ошибках, возникающих при первичной сортировке раненых в МСБ и госпиталях первой линии, так как судьба многих раненых решается уже здесь.

Были случаи, когда раненных в череп направляли в специализированные госпитали без разбора. Часть этих раненых умирала по дороге,

а часть прибывала в госпиталь в агональном состоянии. Происходило это потому, что не отбирали безнадежных раненых.

Далее, при изучении медицинских документов и при сопоставлении их с данными вскрытий, создается впечатление, что в МСБ не всегда четко представляют, когда показано немедленное оперативное вмешательство. Иначе трудно объяснить, почему, например, раненый из МСБ направляется в армейский специализированный госпиталь с отметкой: «Пульс 40, без сознания, состояние тяжелое» и т. п.

Примеры противопоказанной эвакуации раненых с компрессией мозга в армейскую базу не единичны. Помимо отказа от оперативной помощи раненым с повышенным внутричерепным давлением, угрожающим жизни, были случаи эвакуации раненых с проникающим ранением черепа при разрыве сагиттального синуса. Такие раненые погибали по дороге.

Следует также указать, что в период восточно-прусской боевой операции, судя по аутопсическому материалу, значительную часть раненых оперировали не только в предельно допустимые сроки, но и позднее. Так, после суток и до 48 часов от момента ранения оперировано 39%, свыше двух суток—12,7%.

Возникает вопрос: чем объяснить столь позднюю оперативную помощь? При изучении материала оказалось, что за время восточно-прусской операции вынос черепных раненых был блестяще организован. Не задерживали раненых и ПМП — на хирургический этап 64% раненых прибыли в первые 6 часов после ранения, а 23% — не позже 42 часов. Поэтому можно было ожидать и ранней оперативной помощи. На деле оказалось иначе — раненых оперировали поздно. Много времени поглощала транспортировка из войскового района и в ряде случаев ничем не оправданная задержка раненых в МСБ и ХППГ первой линии, перед доставкой их в спецбазу. В отдельных МСБ раненых задерживали на сутки-двое и даже больше.

Опаздывали с оперативным вмешательством и в специализированном госпитале. Так, 20,7% раненных в череп оперированы во второй половине суток с момента поступления в госпиталь, 7,7% — до 48 часов и позднее. Столь позднее оперативное вмешательство, являющееся по существу первичной обработкой раны, повысило общую смертность, сделало более тяжелым характер и течение осложнений.

Для раненных в череп остается в силе закон, говорящий, что чем раньше хирургически обработана рана, тем лучше исход. В силу особенностей крово- и лимфообращения инфекция в ранах мозга развивается в более поздние сроки, чем при ранениях других областей тела. Это позволяет несколько отсрочить время оперативной обработки мозговой раны и ставит раненных в череп в более выгодные условия, представляя возможность перевести их в тыл армии, в госпитали со специальной аппаратурой, передать в руки врачей, владеющих специальными хирургическими навыками. Но все же нельзя злоупотреблять биологией 'мозговой раны.

В период боев в Восточной Пруссии нас заставило заняться черепной травмой большое количество осложнений ран мозга гнилостной я газовой инфекцией, которое достигло высоких цифр (17,9% среди умерших от осложненной травмы). Инфекция развивалась чрезвычайно рано. Так, из числа умерших от гнилостной и газовой инфекции 31,3% не оперировали по той причине, что они прибыли с выраженным осложнением. 62,6% раненых хирургически обработаны в срок до 48 часов. Формально мы могли обвинить себя лишь в 6,8% случаев смерти раненых, которым помощь была оказана поздно.

По секционному материалу 28% раненых, умерших от анаэробной инфекции мозга, умерли в срок до 2 суток с момента ранения. В эти же сроки от гнойного менингита умерло 4,4% раненых (к числу смертей

от менингита). Таким образом, даже операции, сделанные в срок от 24 до 48 часов после ранения, не гарантируют от развития инфекции в ране мозга.

Остановимся теперь на качестве хирургической обработки черепной раны, хотя этот вопрос неоднократно обсуждался как на конференциях (в специализированном госпитале), так и у секционного стола.

Активность хирурга в процессе обработки раны, начиная с кожи, обычно резко падает. !Мы сталкивались со случаями, где при чрезвычайно широком рассечении кожи было небольшое трепанационное отверстие в кости, твердая мозговая оболочка щадилась еще больше, а в рану мозга хирург почти не вмешивался. Кожные разрезы иногда достигали 6—8 см, их нельзя было назвать овальными — это были настоящие линейные разрезы с последующим широким сдвиганием в стороны мягких тканей. Кость обнажалась от надкостницы и этим обрекалась в последующем на краевой некроз и остеомиэлит. Слишком экономное рассечение твердой мозговой оболочки не позволяет надежно обработать рану мозга, убрать костные осколки, создать должную декомпрессию мозга и предоставить достаточный отток отделяемого из раны мозга. При исследовании мозговых ран мы нередко находили в них костные осколки. Костная ткань рано подвергается некрозу, лежит среди расплавленной, некротизированной ткани мозга и поддерживает воспалительный процесс. Оставленные осколки кости часто являются причиной развития абсцесса. ■

Среди умерших от осложненной травмы в специализированном госпитале в 1,4°/о случаев причиной смерти явилось вторичное синусное кровотечение. Источником геморрагии является разорванный при травме продольный синус. Во всех случаях сагиттальный синус при операции тампонировался пучком кетгута. Ввиду относительно небольшого, количества раненых, поступающих в госпитали армейского тыла с такой травмой, приведенная цифра, хотя и небольшая, заставляет серьезно отнестись к этому грозному осложнению. Повидимому, остановка первичного кровотечения из сагиттального синуса тампонадой кетгутом не вполне надежна. Возможно, более целесообразно прибегать к перевязке сагиттального синуса, как это производилось в хирургии мирного времени, а тампонадой пользоваться лишь при неудачах перевязки.

Позднее субдуральное кровотечение на аутопсическом материале встретилось в 5,9% случаев. При этом ни разу поздние геморрагии не были распознаны при жизни.

Известно, что далеко не безразлично, в какой момент после ранения пострадавший подвергается транспортировке как до, так и после оперативного вмешательства. Поэтому во все войны эвакуация черепных раненых всегда привлекала внимание.

Общеизвестно, что до операции развившееся травматическое набухание мозга в некоторой степени иммобилизует мозг. Большинство раненных в череп в этот момент можно транспортировать.

Но период «первичного» или «доброкачественного» набухания и отека мозга, когда силами природы инфекционный процесс еще ограничен раной, не бесконечен. Мы уже отметили, что в период восточно-прусской боевой операции |многих раненых доставляли в специализированный госпиталь позднее .24—48 часов после травмы. Таким образом, совершалось две ошибки: 1) упускалось время для оперативного вмешательства, так как все же большинство авторов считает, что инкубационный период развития инфекции в ране мозга затягивается на 12—24 часа; 2) раненый ставился в невыгодные условия при транспортировке с точки зрения биологии раны.

После операции, чаще в специализированном госпитале, условия лимфо- и кровообращения и циркуляции спинномозговой жидкости улучшаются, отек мозга в связи с этим уменьшается, склеивание краев

раны наслоениями фибрина еще очень рыхлое, подоболочечное пространство может легко войти в соприкосновение с раневой полостью, подвижность мозга увеличивается и раненый на длительный срок становится нетранспортабельным. В этот период раненый вступает в самую опасную фазу, вследствие нарастания некробиотических процессов и изменений, вызванных инфекцией.

Приводим кривую, показывающую смертность черепных раненых по срокам. Первый подъем приходится на смертность от неосложненной травмы, последующий — от осложнений, вызванных инфекцией (рис. 1).

Остановимся на осложнениях, которые успевают развиться за сравнительно короткий срок пребывания раненых в армейских тыловых госпиталях. 'На первое место по частоте осложнений следует поставить гнойный лептоменингит. От него погибает 64,2% из числа раненых, умерших от осложнений.

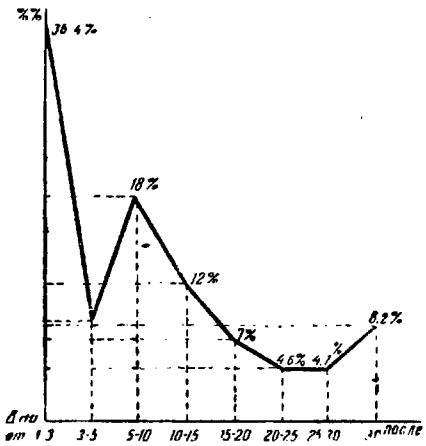


Рис. 1. Кривая смертности черепно-мозговых раненых по дням после ранения

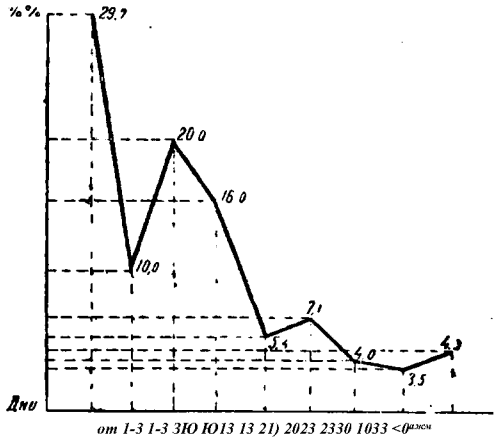


Рис. 2. Кривая смертности черепно-мозговых раненых по дням после операции

В ранних случаях смерти менингит встречается как самостоятельное осложнение, в более позднем периоде — в сочетании с абсцессами мозга, раневым энцефалитом и поздними субарахноидальными кровоизлияниями. 'Максимальная смертность от ранних абсцессов мозга на передовых этапах приходится в основном на третью неделю.

Анализируя данные секционного материала при проникающей черепной травме, мы обратили внимание на следующий факт: максимальная смертность после ранения приходится на первые три недели, максимальная смертность после последнего оперативного вмешательства (независимо от того, когда раненый подвергался операции) приходится также на первые три недели. Наконец, максимальная смертность после транспортировки приходится также на первые три недели (по прибытии на последний этап). Эта закономерность выведена более чем на двух с половиной тысячах смертей раненых с пгюникающим ранением черепа (сюда включены госпитали фронтового тыла) и поэтому не может быть случайной (рис. 2 и 3).

Таким образом, создается впечатление, что мозг отвечает определенным циклом изменений, занимающим один и тот же промежуток времени, как на травму, так и на операцию и на транспортиоовку. Все это наводит на предположение, что операцию и эвакуацию раненые переживают как тяжелую травму. Поэтому, неизбежно нанося раненому эту травму, мы должны внимательно подумать: когда делать операцию и когда эвакуировать, и выбрать такой период, когда раненый и операцию, и эвакуацию перенесет лучше.

В отношении сроков эвакуации оперированных раненых в разные войны вопрос решался различно. Так, по старому требованию французских хирургов раненых оставляли на месте 1 — Р/г месяца, у нас (по инструкции) — 21 день. Лишь как исключение отдельных раненых разрешается отправлять раньше этого срока. При том срок эвакуации определяется в каждом отдельном случае с учетом вида транспорта, отдаленности фронтовой' базы, оперативной обстановки, а главное — состояния раненого.

Мы с 1941 г. постоянно изучали морфологические изменения, возникающие в мозгу в различные периоды после травмы, и несколько схематически остановимся на некоторых изменениях, имеющих практическое значение при решении вопроса о сроках транспортировки раненых.

Опасность прорыва инфекции из раны мозга в субарахноидальное пространство свода падает по мере развития и укрепления грануляционного вала между оболочками свода и раной мозга. Вслед за первичным местным набуханием мозга в ране и последующим склеиванием оболочек фибрином, начиная с 3—4-го дня, среди волокон фибрина обнаруживаются молодые фибробласты и свободные мезенхимальные элементы. В течение 7—15 дней образуется соединительнотканный рубец. После этого наступает более надежная изоляция подоболочечного пространства.

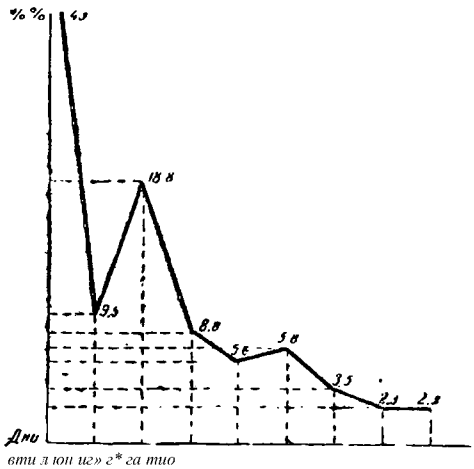


Рис. з Кривая смертности черепно-мозговых раненых после эвакуации

Поздние оболочечные кровоизлияния и кровоизлияния из сосудов мозга возникают чаще в первую и вторую неделю. Это объясняется тем, что вследствие вовлечения в воспалительный процесс стенок сосудов, отличающихся от остальных тканей мозга большей стойкостью, для развития деструктивных изменений в них требуется некоторое время. Изменения идут путем септического размягчения тромбов путем вовлечения сосудистой стенки в воспалительный процесс со стороны очага воспаления в тканях мозга и оболочек, что также может окончиться прободением сосуда.

Далее, вторая и третья неделя являются наиболее опасными в смысле формирования ранних травматических абсцессов. Вновь образованная замкнутая полость, выполненная гноем, возникает на месте отдаленных очагов травматического энцефалита или в окружности мелких костных осколков, потерявших связь с общим раневым ходом. Вначале эти полости имеют очень расплывчатые контуры, вследствие постепенного стихания воспалительного процесса к периферии. Формирование же капсулы можно было подметить при макроскопическом и гистологическом изучении лишь после двух недель.

В конце второй и начале третьей недели происходит разрастание глиозной ткани вокруг раневого хода и этим достигается отграничение раневого энцефалита от остальной паренхимы мозга.

Таким образом, преждевременная эвакуация раненых из армейской базы, как это наблюдалось в начале описываемой боевой операции, даже при хорошем общем состоянии раненого наносит мозгу повторную травму в период, когда защитные механизмы еще не успели вступить **в силу.**

Точно так же на основании изучения секционного материала приходится возражать против поздних первичных оперативных вмешательств для иссечения раны. Иссечение уже бесполезно, так как инфекция успела перейти из местной в общую, а операция, произведенная в это время по принципу первичной обработки, вредит ране, так как нарушает и без того непрочную склонность воспалительного процесса к отграничению. Вмешательство должно не нарушать барьеры, а помочь формированию их.

Ж

Кандидат мед. наук А. Н. ГОЛЬДМАН

ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДИСТОГО ТОНУСА ПРИ ВОЕННО-ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

Из неврологической клиники (зав. — доц. Б. В. Лихтерман) Центрального научно-исследовательского института физических методов лечения им. И. М. Сеченова (научный руководитель — заслуженный деятель науки проф. Е. А. Нильский, дир. института Ю. М. Эпштейн-Колонтай)

В клинической картине огнестрельных ранений периферических нервов значительное место занимают вазомоторные расстройства. Нарушение кровообращения в пораженной конечности в известной мере влияет на ход регенерации нервных волокон. Нарушения кровообращения и питания тканей сами по себе могут привести к ряду двигательных, чувствительных и трофических расстройств. Вопрос же о характере вазомоторных расстройств при различных синдромах травматических повреждений периферических нервов еще не вполне решен.

Клиника Института им. Сеченова в плане своих работ значительное место уделила изучению состояния периферического кровообращения при различных синдромах военно-травматических поражений периферической нервной системы.

Я изучал состояние и изменения сосудистого тонуса у 161 раненого с последствиями огнестрельных (пулевых и осколочных) повреждений периферических нервов конечностей. У 26 человек ранения были множественными.

Поражения плечевого сплетения и нервов верхних конечностей были обнаружены у 112 раненых (поражения правой верхней конечности — у 54, левой — у 58). Поражения пояснично-крестцового сплетения и нервов нижних конечностей были обнаружены у 78 раненых (поражения правой нижней конечности — у 85, левой — у 43). В половине случаев наблюдалось одновременное поражение двух-трех нервов, но в различной степени выраженное, причем полный анатомический перерыв нервов наблюдался лишь в двух случаях, в остальных было частичное повреждение нерва с полным или частичным физиологическим перерывом.

В соответствии с принятым в нашей клинике по предложению Б. В. Лихтермана разделением разнообразных симптомокомплексов, развивающихся в результате огнестрельных повреждений спинномозговых нервов, на основные синдромы, наблюдаемые нами раненые распределяются на следующие группы: 1) паралитический (паретический) синдром—24, 2) паралитически (паретически)-алгический синдром—41, 3) алгически-паралитический (паретический) синдром — 75 и 4) каузалгический синдром — 21.

Наименование синдромов отражает не только степень и характер нарушения проводимости нервных волокон, но и соотношение наруше-

ний двигательной, чувствительной и вегетативно-трофической функции нерва.

1. Паралитический (паретический) синдром характеризуется нарушением двигательной функции нерва с явлениями вялого паралича или пареза соответствующих мышечных групп. Самопроизвольные боли отсутствуют. Паралич или парез может сочетаться с понижением или выпадением чувствительности, с нерезкой болезненностью ствола при давлении, преимущественно местными вегетативными расстройствами и с превалированием явлений выпадения.

2. Алгический синдром характеризуется нарушением чувствительной функции нерва, выражающимся интенсивными болями различного характера, расстройством чувствительности либо в виде гиперестезии и гиперпатии, либо в виде сочетания указанных расстройств с симптомами понижения или выпадения чувствительности. Явления истинного паралича или пареза отсутствуют. Характерны более или менее генерализованные расстройства с превалированием явлений раздражения.

3. Паралитически (паретически)-алгический синдром характеризуется сочетанием нарушений, свойственных как паралитическому, так и алгическому синдрому.

4. Алгически-паралитический (паретический) синдром характеризуется сочетанием нарушений, свойственных как алгическому, так и паралитическому синдрому, причем превалируют болевые явления и связанные с ними другие симптомы раздражения со стороны чувствительной и вегетативно-трофической сферы.

5. Каузалгический синдром: а) классическая каузалгия, где исходным пунктом процесса является поражение спинномозгового нерва; б) каузалгиеподобный синдром, где исходным пунктом процесса является поражение симпатических узлов, соединительнотканных ветвей или околососудистых сплетений. Выражены явления реперкуссии.

Следует отметить, что при анализе результатов проведенных исследований мы сопоставляли их не только с патологоанатомическими изменениями поврежденных нервов, однако уловить изменения сосудистого тонуса нам удалось более четко в зависимости от характера клинического синдрома.

Все исследования проводились у раненых в лежачем положении, причем учитывалась температура комнаты и другие условия, могущие повлиять на результаты исследования.

У всех раненых определяли осциллометрическую кривую кровяного давления осциллометром Пашона, измеряли кровяное давление по Рива-Роччи-Короткову. У 39 раненых сфигмографом Жаке записана кривая пульса.

Все исследования производились до начала лечения, в процессе лечения и перед окончанием курса лечения, причем исследовались как пораженная, так и здоровая конечности.

Раненые проходили подробное неврологическое и соматическое обследование. Кроме того, в большинстве случаев делалась рентгенография конечности.

Наши исследования показали следующее:

1. При паралитическом (паретическом) и паралитически (паретически)-алгическом синдромах осциллометрический индекс на пораженной конечности в 70% случаев был понижен, на одноименной здоровой конечности в 70% случаев был в пределах нормы и в 30% понижен. Разница осциллометрического индекса на пораженной и одноименной здоровой конечности достигала 0,5—3,0.

Среднее кровяное давление на пораженной конечности было в пределах нормы (80—100—ПО мм Н§). По отношению к одноименной здоровой конечности среднее кровяное давление на пораженной конечности

было повышенным (на 5—10 мм) в 40%, в остальных случаях — одинаковым на обеих конечностях.

Осцилляции на пораженной конечности, как правило, начинались позже, чем на одноименной здоровой и заканчивались раньше более крутым снижением размаха. В результате этого кривая кровяного давления получалась укороченной; амплитуда колебаний была уменьшена. Вершина кривой в 30% случаев представляла собой p1a1o.

При измерении кровяного давления по Рива-Роччи-1Короткову минимальное давление на пораженной конечности оказывалось в пределах нормы, а по сравнению с одноименной здоровой конечностью — слегка повышенным. Максимальное кровяное давление на пораженной конечности было в пределах нормы или слегка понижено, по сравнению с одноименной здоровой конечностью одинаково или слегка понижено (на 5—10 мм Н^).

На сфигмограмме восходящее колено было несколько более низким, дикротическая волна нерезко выражена. В нескольких случаях на пораженной конечности отмечалась более ярко очерченная дикротическая волна и более крутой наклон нисходящего колена.

При исследовании ряда раненых после согревания пораженных конечностей, когда цианотичная кожа розовела и наощупь конечность становилась теплее одноименной здоровой конечности, среднее кровяное давление на пораженной конечности понижалось и оказывалось на 5—10 мм ниже, чем на одноименной здоровой.

2. Приалгически-параличеcком ((паретическом) синдроме осциллометрический индекс на пораженной конечности, за исключением единичных случаев, оказывался пониженным. На одноименной здоровой конечности понижение осциллометрического индекса наблюдалось в 68% случаев.

Высота среднего кровяного давления на пораженной конечности достигала 90—ПО—120 мм H_e по сравнению с одноименной здоровой. Среднее давление было пли слегка повышенным (на 5—10 мм), или одинаковым.

Осциллометрическая кривая оказывалась на пораженной конечности в большинстве случаев укороченной (несколько более, чем при паретическом синдроме). Вершина кривой в виде p1a1o определялась в 48% случаев.

Минимальное кровяное давление, определяемое аускультативно, на пораженной конечности было выше, чем на одноименной здоровой конечности, на 5—15 мм Н^. Высота минимального давления находилась в пределах нормы или на ее высших границах. Максимальное кровяное давление на обеих конечностях было в пределах нормы.

На сфигмограмме отмечалось низкое восходящее колено и полого спускающееся нисходящее колено, вторичные волны были слабо выражены, дикротическая волна располагалась ближе к верхушке, чем к основанию волны.

■3. При каузалгическом синдроме исследования производились в период некоторого затихания острых болевых явлений. Осциллометрический индекс оказывался пониженным .на пораженной конечности во всех случаях и в большинстве случаев на одноименной здоровой конечности, причем на пораженной конечности он был ниже в 57% и одинаковым на обеих конечностях в 34% случаев. В двух случаях в остром периоде наблюдалось увеличение осциллометрического индекса на пораженной конечности по сравнению со сниженным осциллометрическим индексом на одноименной здоровой.

Среднее кровяное давление оказалось повышенным как на пораженной, так и на одноименной здоровой конечностях на 20—30—40 мм (110—140 мм) в 79% случаев. По сравнению с одноименной здоровой конечностью среднее кровяное давление на пораженной было выше (на

5—10 мм) в 33%, одинаковым на обеих конечностях в 58% и «иже в 9°/о случаев.

Следует отметить, что в процессе наблюдений во всех случаях мы производили измерения на обеих верхних и нижних конечностях. Эти исследования показали, что повышение среднего кровяного давления обнаруживается не только в области пораженной и одноименной здоровой конечности, но (в меньшей степени) и на разноименных конечностях.

Осцилляции на пораженной конечности начинались позже и заканчивались раньше, чем на одноименной здоровой. Вершина кривой в виде p1a!o наблюдалась в 39% случаев.

Минимальное кровяное давление, определяемое по Рива-Роччи-Короткову, на пораженной конечности, будучи в пределах нормы, оказывалось все же выше, чем на одноименной здоровой.

На сфигмограмме на пораженной верхней конечности отмечалось низкое восходящее колено и полого спускающееся нисходящее колено; вторичные волны слабо выражены.

В тех случаях, когда поражение сплетений или нервов сопровождалось ранением сосуда с последующей его перевязкой или сдавлением (в 12 случаях), наблюдавшиеся при различных синдромах изменения имели отличительные признаки. Понижение осциллометрического индекса при всех синдромах было весьма резко выражено (в' 6 случаях ниже единицы). Среднее кровяное давление на пораженной конечности было понижено (70—80 мм Н&). В двух случаях при каузалгии -высота среднего кровяного давления на пораженной конечности была при низком осциллометрическом индексе (0,6—0,8) относительно довольно высокой (130—120—100 мм и на 10 мм ниже, чем на одноименной здоровой. Кривая пульса часто' имела вид прямой линии.

Обобщая результаты наших исследований при всех синдромах, нужно отметить, что различный осциллометрический индекс на пораженной и одноименной здоровой конечностях наблюдался в 87% случаев. За исключением единичных случаев, осциллометрический индекс был понижен на стороне поражения. Изменение среднего кровяного давления на пораженной конечности по сравнению с одноименной здоровой наблюдалось в 41% случаев. Максимальное кровяное давление по Рива-Роччи-Короткову было чаще на .низких границах нормы или слегка понижено (90—100 мм —26%, 101 — 110 мм — 30%, 111 — 120 мм —20%, 121 — 130мм— 16Р/о). Изменения максимального кровяного давления на пораженной конечности по сравнению с одноименной здоровой были нерезко выражены (на 5—10 мм), минимальное кровяное давление на пораженной конечности было выше в 68% (на 5—15—20 мм) и одинаковым с обеих сторон в 28% случаев.

Наши наблюдения указывают, что при травматических поражениях периферических нервов, обычно бывают изменения сосудистого тонуса и периферического кровообращения. Снижение осциллометрического индекса на пораженной конечности, повышение среднего кровяного давления, определяемого осциллометрически, и минимального кровяного давления, определяемого аускультативно, часто наблюдаемые на вершине кривой p1a1o, изменения на сфигмограмме характеризуют спастическое состояние артерий и свидетельствуют о сужении калибра и уменьшении объема сосуда или пучка сосудов, подвергнувшихся исследованию.

При разных синдромах изменение нормального сосудистого тонуса было выражено неодинаково. ,

При паралитически-алгическом синдроме спастические явления слабо выражены, а при алгически-паралитическом и особенно при каузалгическом синдроме они выявлялись в более отчетливой форме.

Изменения сосудистого тонуса следует рассматривать как следствие нарушения вегетативной иннервации сосудов, несущей, как известно, не

только тонические, но и трофические импульсы, что сказывается на колебательных свойствах сосудистой стенки и ее эластичности.

В процессе лечения отмечалось изменение осциллометрического индекса, выразившееся в его росте, тенденции к нормализации среднего кровяного давления и осциллометрической кривой, однако не всегда быстро наступавшей, а в ряде случаев — также и в тенденции к выравниванию кривой пульса. Степень выраженности этих изменений зависела от исходного состояния, сопутствующих осложнений и эффективности лечения.

Суммируя полученные результаты, следует отметить, что использование указанных способов исследования сосудистой системы, при травмах периферических нервов весьма ценно, так как данные этих исследований позволят судить о тонусе сосудов, степени нарушения кровообращения, помогут при выборе метода лечения и суждения о сдвигах в процессе лечения.

Капитан мед. службы В. Н. ЛЕБЕДЕВ

ЛЕЧЕНИЕ ЧЕСОТКИ РАСТВОРОМ ФЛЕМИНГА

Из многих средств и методов лечения чесотки наиболее рациональным .нужно признать тот, который дает быстрейший терапевтический эффект без побочных явлений и при том возможно более дешев и прост. Этим требованиям не удовлетворяет ни один из существующих до сих пор методов—они дороги и сложны. Наиболее доступен способ лечения жидкостью Флеминга. Пропись этой жидкости: 40 г гашеной извести, 80 г серы, 800 см^3 воды. Состав кипятят до- конгломерата 480,0 (официнальный в некоторых иностранных фармакопеях популярный раствор применяется при болезнях кожи: оспе, фурункулезе и пр.). Во время кипения раствор необходимо часто помешивать.

Ход реакции: $2Ca(OH)_2$_+128 + H_2O = $Ca8_5$+ $Ca8_2O_3$ cЕЗ$H_2$8 [-Н $8O_2$ -|- 8.

Ни в коем случае нельзя употреблять хлорную известь, так как образуется взрывчатая смесь.

После кипячения получается двуслойный раствор: нижний слой — порошкообразный осадок, цвета серной печени, верхний — жидкость малинового цвета. Жидкость применял для лечения чесотки в Англии Руэт, а в СССР — В. Н. Кузнецов.

Старый английский способ лечения чесотки жидкостью Флеминга — метод Руэа — заключается в следующем. Больной на протяжении **6** часов троекратно принимает ванну. После ванны с помощью кисти смазывают все пораженные участки кожи жидкостью Флеминга. В СССР •Кузнецов применял жидкость Флеминга для лечения чесотки несколько иначе. Он брал 100 частей воды, одну часть гашеной извести и две части серы, а затем кипятил смесь до тех пор, пока не оставалось шесть частей состава (из 103 частей, взятых первоначально). Затем больного сажали в теплую ванну и в течение получаса втирали в тело дегтярное мыло и еще полчаса оставляли в ванне. После ванны больной кусками шерстяной ткани в течение получаса (обязательно около горячей печки) натирал тело жидкостью Флеминга и опять на 30 минут садился в ванну. Все лечение длится 2 часа. Такую процедуру повторяют в течение 4—5 дней ежедневно, после чего через 1—2 дня назначается баня. _

Однако и эти методы лечения сложны и дороги и потому не всегда доступны, особенно на фронте. Мы упростили способ лечения чесотки раствором Флеминга, сделали его более дешевым и более удобным.

Наш метод таков. Больных изолируют в скабиозорий части. У всех больных обрезают ногти как на верхних, так и на нижних конечностях и обмывают руки и ноги теплой водой. Раствор взбалтывают, и больной в течение 30 минут под контролем медработника натирает все тело от шеи до пят взболтанным раствором.

Больным мы разъясняли, что в этом натирании заключается весь смысл лечения и они должны натираться сами очень тщательно, помогая друг другу, когда нужно.

Такие натирания делали ежедневно 2—3—4 дня. Через 1—2 дня больному назначали баню, а одежду и постельные принадлежности сдавали в дезинсекцию. Через 10, 20 и 30 дней больной проходил контрольный врачебный осмотр.

Всего этим способом мы лечили и вылечили в частях МВО 14 536 человек. Из них только у 872 больных (6%) можно было констатировать вполне типичные хорошо выраженные чесоточные ходы, в остальных 94% случаев ставить диагноз приходилось на основании других клинических признаков чесотки.

'Неосложненная чесотка была у 12 252 больных, осложненная пиодермией или экземой — у 2 284. Давность заболевания: до недели — уЧ 253 человек, до двух недель — у\3 526, до трех недель — у 4 223, до месяца — у 2 304, больше месяца — у 2 827 человек.

В 63% случаев излечение наступало после второго натирания. Пиодермии и обычные чесоточные экземы излечивались после 3—4 сеансов.

Особенно хорошее влияние раствора Флеминга на осложненную чесотку объясняется действием катиона кальция, который входит в его состав. Кальциевые препараты обладают противовоспалительным свойством. Более или менее отчетливо выраженных дерматитов у наших больных не было.

Все больные переносили лечение легко. Побочных явлений не наблюдалось, раздражения почек также.

Для излечения одного больного достаточно 20 г гашеной извести, 40 г серы, 400 см^3 воды (получается около 250 см^3 раствора). Стоимость раствора, необходимого для лечения одного человека, — 3 копейки.

Готовить раствор необходимо вне помещения, так как выделяются сероводород и сернистый газ. Раствор можно приготовить и в запас, но хранить его следует в стеклянной посуде с плотно притертой пробкой.

★

Полковник мед. службы В. В. СКВОРЦОВ

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ ЗА ПИТАНИЕМ ВОЙСК

Медицинский контроль за питанием войск в той или иной мере проводят все звенья медицинской службы. Однако на практике как значение медицинского контроля, так в особенности его сущность трактуются по-разному. Часто медицинский контроль за питанием войск ограничивают только санитарным надзором за хранением и транспортировкой продуктов, приготовлением пищи, состоянием пищевых блоков и т. п., причем медицинский контроль оторван от изучения физического состояния, физической нагрузки и условий быта войск. При этом совсем забывается, что между питанием, физической нагрузкой, а также заболеваемостью существует неразрывная связь.

Сейчас мы имеем все данные для того, чтобы подойти к разрешению этого вопроса с позиций медицинской науки и вложить в понятие медицинского контроля содержание, отвечающее ее требованиям.

'Медицинский контроль за питанием войск должен рассматриваться как система мероприятий. Питание войск необходимо организовать так, чтобы предупредить развитие алиментарных заболеваний и обеспечить высокую боеспособность частей. Это можно осуществить только при том условии, если научно-медицинский контроль за питанием будет строиться на глубоком и систематическом изучении качества питания войск, на учете энергетических затрат личного состава частей и кораблей в связи с его учебной и боевой нагрузкой, временем года, климатическими условиями, влиянием специфических факторов, присущих тому или другому роду войск.

Правильный медицинский контроль за питанием должен обеспечить получение каждым бойцом и офицером такого количества энергетического материала — пищи, которое строго соответствует энергетическим затратам; обеспечить физиологически необходимое сочетание в пище белков, жиров, углеводов и минеральных солей, а также достаточную **в** и та мин но сть.

При этом надо помнить, что в войска ежедневно вливаются пополнения из молодых людей, физическое формирование которых еще не закончено.

Таким образом, основное содержание медицинского контроля за организацией питания заключается в систематическом наблюдении и изучении режима питания, полноценности питания и физического состояния личного состава.

Организатором и проводником медицинского контроля за питанием **в** частях является врач. Врач должен хорошо знать принципы организации рационального питания человека, а следовательно, состав и свойство пищевых продуктов, нормы суточного довольствия военнослужащих, правила замены одних продуктов другими, а также методы учета энергетических затрат. Чтобы правильно организовать медицинский контроль за питанием, нужна специальная подготовка. Такую подготовку врач может получить в порядке офицерской учебы. Для руководства учебными занятиями следует привлечь штатных специалистов (в том числе и гражданских), имеющих знания и опыт в этой области. Особенное внимание при этом нужно уделить изучению методов медицинского контроля за' физической нагрузкой и соответствием питания затратам энергии при ежедневной учебной или боевой подготовке личного состава, с учетом климатических условий, времени года и рода войск.

В порядке медицинского контроля за питанием врач части должен участвовать в разработке режима питания личного состава (определяя число дач пищи, количество блюд, их калорийность, график раздачи пищи) и в составлении меню-раскладок. Врач обязан также требовать строгого выполнения правил кулинарной обработки, обеспечивающих сохранение в пище витаминов. Кроме того, нужно постоянно следить также путем лабораторного контроля за полноценностью пищи и соответствием ее меню-раскладке. Большое значение приобретает также вопрос о витаминизации личного состава промышленными витаминными препаратами или путем использования дикорастущих витаминоносителей в тех случаях, когда обнаруживается дефицит витаминов в пище. Для проверки правильности организации и полноценности питания нужно систематически изучать результаты ежемесячных медицинских осмотров личного состава или производить выборочные освидетельствования отдельных подразделений.

В задачу медицинского контроля за питанием включается также санитарно-гигиеническая оценка пищевых продуктов, поступающих на довольствие войск, проверка условий их хранения, приготовления и потребления. Таким образом, санитарно-гигиенический надзор, являющийся частью медицинского контроля за питанием войск, также должен находиться в поле зрения медицинской службы.

К проведению санитарного надзора можно привлекать фельдшеров и санитарных инструкторов. Для этого их необходимо подробно познакомить с существующими санитарными правилами, инструкциями и нормами по вопросам питания, дать отчетливое представление о важнейших этапах производства, условиях хранения и транспортировки продуктов, правилах кулинарной обработки пищи, оценки и бракеража ее. Фельдшеры и санитарные инструкторы, осуществляющие санитарный надзор, должны хорошо разбираться в вопросах профилактики авитаминозов, профилактики пищевых токсикоинфекций и других инфекционных заболеваний, передаваемых через пищу. Они должны систематически следить за тем, чтобы все работники пищевых блоков и дежурный персонал строго выполняли правила личной гигиены, повышали свою гигиеническую грамотность, во-время проходили текущий медицинский осмотр.

Нет надобности перечислять все вопросы, относящиеся к санитарному надзору за питанием. Следует лишь подчеркнуть, что главная роль в организации санитарного надзора за питанием должна принадлежать врачам.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

В. А. СТЕФАДУ и В. В. ВИНОГРАДОВ

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ АРМЕЙСКИХ СТАНЦИЙ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

Из Центрального ордена Ленина института гематологии и переливания крови АМН СССР (дир. — член-корреспондент Академии медицинских наук СССР. проф. А. А. Багдасаров)

Центральный ордена Ленина институт гематологии и переливания крови (ЦОЛИПК) еще до войны развернул мощную сеть институтов, станций и кабинетов переливания крови, превратившихся во время 1войны в основные центры, обеспечивавшие лечебные учреждения (Красной Армии консервированной кровью. - Удаление линии фронта от этих основных баз потребовало приближения станций переливания крови к фронту. Наряду с организованными ЦОЛИПК передвижными станциями в прифронтовых районах в 1944 г. институт приступил к организации армейских станций переливания крови на 3-м Белорусском фронте. Задача этих станций заключалась в том, чтобы ликвидировать перебои в снабжении кровью отдельных участков фронта или отдельных групп лечебных учреждений. Обычно эти перебои вызывались тактической обстановкой, маневренным характером войны, большим размахом боевых операций, а также трудностями доставки крови из тыла при отсутствии дорог и при нелетной погоде.

Организация армейских станций переливания крови (АСПК) оказалась делом весьма трудным. Трудности были связаны с необходимостью тщательно выполнять все правила заготовки крови, без малейших скидок на военно-полевые условия, с большой мобильностью АСПК и сложностью комплектования кадров доноров в армейском районе.

Нам удалось преодолеть все эти трудности. Станции были созданы. Мы поделимся опытом работы двух армейских станций 3-го Белорусского фронта мощностью в 10—15 л. Станции были организованы в 1944 г. по поручению консультанта Белорусского фронта проф. А. А. Багдасарова. Работу наших станций можно разделить на два периода — период организации и налаживания и период работы с полной нагрузкой.

В первый период фронт был относительно стабилизован, армии находились в Литве и Польше. Станции развертывались во втором эшелоне армии на базе госпиталей. В качестве основного резерва доноров использовался личный состав запасных полков, госпиталей и т. д. При выборе здания для станции основным критерием было достаточное количество помещений (как минимум 10—12 комнат), возможность наведения «хирургической чистоты» и близость источника хорошей воды. Обе станции мы развертывали в неприспособленных помещениях. Одна располагалась в двух одноэтажных домах небольшого польского городка, другая — на хуторе в двух деревянных домах. Основным принципом распределения рабочих комнат было: полная изоляция операционного блока, создание конвейерной системы в обработке аппаратуры, а также возможности последовательного прохождения доноров через кабинеты станции. Подсобные помещения (столовая, кухня, склады и пр.) размещались в сараях и блиндажах. Перед началом работы стены в комнатах и потолки были выбелены клеевой краской и обиты простынями.

Как мы убедились, для станции мощностью в 10—15 л крови необходимы 18—20 работников: 3 врача, 4 медсестры, 2 лаборанта и 10 санитаров. Персонал наших станций, включая и врачей, на заготовке крови до сих пор никогда не работал, поэтому пришлось в отделениях станции организовать индивидуальное обучение каждого сотрудника. Вся работа отделений, монтаж и заготовка аппаратуры, работа операционной были построены по методике, принятой в ЦОЛИПК.

Заключительным этапом организационного периода, продолжавшегося около 27г недель, была апробация первых ампул заготовленной крови. Всю кровь, заготовляемую в первые 5 дней, отправляли на бактериологический контроль в СЭО армии. ОКровь оказалась стерильной и была апробирована в одном из госпиталей. Бактериологическому контролю подвергался также весь стерилизованный материал.

'Массовая заготовка крови началась вместе с комплектованием кадров доноров. В числе наших доноров были бойцы и офицеры запасных полков, частей связи и других тыловых частей, работники госпиталей, банно-прачечных отрядов и др. В общем недостатка в донорах мы не испытывали'— сказался высокий патриотизм бойцов и офицеров. Этому также способствовала массовая работа, которую проводили персонал станции и политотдел армии. Доноров из частей, находившихся вдали от станции, привозили и отвозили на автомашинах. Обследование доноров производилось, согласно инструкции ЦОЛИПК, в день взятия крови. Ввиду невозможности производить реакцию Вассермана, мы пользовались осадочными реакциями Кана и Закс-Витебского. Компенсация доноров производилась по правилам, установленным приказами НКО.

Кровь заготовляли на 5°/о растворе цитрата, брали ее, как правило, в ампулы. Основными принципами в заготовке крови были: 1) конвеерность и преемственность в подготовке аппаратуры, 2) полная герметизация систем во время их монтажа, 3) надежная работа автоклава, постоянно контролируемая химическими пробами и посевами, 4) строгое соблюдение в операционной бактериологической асептики и замкнутости систем для взятия крови. Для приготовления растворов мы пользовались водой, перегнанной через два металлических куба. Раствор цитрата разливали в ампулы для стерилизации. В моечных, в связи с отсутствием водопровода, были устроены баки с отводящими 'кранами для мойки ампул. Заготовленную кровь задерживали на станции не более чем на два дня и отправляли в ОПК армии.

Как уже говорилось, армейские станции были новыми учреждениями в системе армии, большинство врачей не были знакомы с заготовкой крови и не представляли себе всей сложности и трудности работы станции, ее объема, необходимости строгой бактериологической асептики и пр. Поэтому пришлось прежде всего знакомить врачей с работой Станции, ее требованиями и необходимыми условиями для работы. Сильно затрудняло работу также то, что станция не имела своего хозяйства, работников нехватало и они часто менялись, не было постоянного транспорта.

В период обороны (до первых чисел января 1945 г.), а также подготовки к наступлению в Восточную Пруссию одна из станций особенно широко развернула свою работу. Станция занимала хорошее двухэтажное здание. Штаты пополнились. За 3 месяца работы станция заготовила более 500 л крови и, кроме того, ежедневно выпускала до 10 л глюкозоспиртового раствора.

'Начало наступательных операций Красной Армии вглубь Восточной 'Пруссии поставило перед АСПК новые задачи. Возникла необходимость быстрого свертывания и развертывания станции на новом месте дислокации. Для свертывания станции требовалось 12—14 часов. Свертывание и погрузка производились по отделениям. Обычно для переезда достаточно было четырех машин. Для развертывания работы на новом месте

требовалось не менее двух дней. Основной трудностью работы АСПК в условиях стремительного наступления в Восточную Пруссию была проблема донорских кадров. Эта проблема настолько сложна, что уместно поставить вопрос, целесообразна ли работа станции в период наступления. Пожалуй, лучше будет на время, наступления ограничивать деятельность станции заготовкой кровезаменителей или оставлять ее в тылу для снабжения кровью тыловых госпиталей.

В заключение следует сказать, что вновь организованные АСПК вполне оправдали свое назначение в период обороны и подготовки к наступательным операциям. Они оказали существенную помощь лечебным учреждениям армии, так как находились в ее системе и ее расположении. Регулировали их деятельность армейские хирурги. Кровь поступала в лечебные учреждения в первые дни после заготовления АСПК. За 4 месяца работы две станции заготовили около полутора тонн крови. Брак крови (около 2%) в основном падал на сгустки в ампулах, бактериологический рост наблюдался только в единичных ампулах. Лечебные учреждения армии, пользовавшиеся кровью, заготовленной АСПК, не отмечали у раненых никаких тяжелых реакций и никаких осложнений.

Выводы

1. Современная война требует организации баз заготовки крови в системе армии на случай перебоев в снабжении кровью из центра.
2. Опыт нашей работы показывает, что трудности работы АСПК в военно-полевых условиях можно преодолеть.
3. Метод массовой заготовки крови, принятый в ЦОЛИПК и примененный в нашей работе на АСПК, обеспечивает и в военно-полевых условиях стерильность и высокое качество продукции.
4. Бесперебойная работа АСПК требует выделения станции в самостоятельную административно-хозяйственную единицу с постоянными штатами и собственным транспортом.
5. Работа АСПК в период наступательных операций несколько ограничивается в связи с трудностями комплектования кадров доноров.

★

Подполковник мед. службы М. А. ЦУКЕРМАН

ЕЩЕ РАЗ О СОРТИРОВКЕ РАНЕНЫХ

Значение сортировки раненых в общей системе помощи им определил еще Н. И. Пирогов: «хорошо организованная сортировка... есть главное средство к предупреждению беспомощности и неурядицы...». Н. Н. Еланский пишет: «...без четко налаженной сортировки наступает невероятная путаница, близкая к катастрофе, и вся хирургическая помощь сводится, как правило, к нулю».

Действительно, всякий участвовавший в войне врач может оценить все значение и ценность правильной сортировки раненых. К сожалению, нужно признать, что в период Великой отечественной войны самым слабым местом в работе МСБ и ППГ были именно сортировочные отделения. Пришлось затратить очень много сил и времени, чтобы добиться перелома в работе этих отделений. Такое положение в известной мере объясняется тем, что в программах подготовки врачей в курсе военно-полевой хирургии вопросам сортировки уделяется мало учебных часов. В некоторых учебниках по военно-полевой хирургии сортировке ране-

яых посвящено буквально несколько строк. Можно утверждать, что значительное большинство врачей начинало войну с весьма смутными представлениями о порядке работы и организации сортировки на различных этапах эвакуации.

Поэтому мы хотим поделиться своим опытом, тем более что наша система сортировки была одобрена рядом главных хирургов фронтов {Попов, Зворыкин).

Несколько слов о емкости помещений для сортировки. В тесном помещении сортировать раненых нельзя. Обычно мы рекомендовали сортировочные отделения располагать так, чтобы они могли принять одновременно одну треть всех раненых, поступающих за сутки в лечебное учреждение.

Раненые и больные в сортировочном отделении должны найти теплое 'помещение, теплое питье, теплое слово. Под этим следует разуметь, что всякого поступающего в лечебное учреждение раньше всего необходимо согреть, накормить, напоить, успокоить.

В сортировке обычно принята цветная марочная система. Она, однако, не удовлетворяла нас полностью и в ходе войны подвергалась различным изменениям. Некоторые 'МСБ размещали раненых в сортировочном отделении не по срочности оказания помощи, а по... локализации (!) ранений. Мы такую систему категорически запретили.

Кое-где применяют печатно-фигурные марки вместо цветных. При этом указывают, что печатно-фигурные марки позволяют сортировать в темноте. Вряд ли нужно доказывать несостоятельность подобных утверждений. В темноте и фигурные марки не спасут от неприятных казусов.

Кстати, заметим, что хорошее освещение в сортировочных отделениях не менее важно, чем освещение операционного блока, и на это мы постоянно указывали командирам МСБ и начальникам ППГ.

Вследствие недостаточной подготовки врачей в мирное время по вопросам сортировки, в начале войны много времени было потрачено на налаживание и обучение работе в сортировочных отделениях. 'Марками пользовались очень неохотно, предпочитали сортировку «на память». Даже при пользовании марочной системой носилочных раненых располагали в сортировочном отделении подряд, по мере их поступления, независимо от того, какая марка присваивается поступившему. Поэтому очень скоро в сортировочном отделении порядок нарушался, очередность в подаче раненых для хирургического вмешательства не соблюдалась.

По мере накопления опыта мы задались целью установить такую систему сортировки раненых, которая обеспечивала бы прежде всего своевременную подачу хирургической помощи.

Система должна быть простой и доступной для среднего медицинского работника, чтобы отсутствие врача не нарушало работы отделения.

Всем этим условиям отвечает сортировка раненых по инструкции П. А. Куприянова «О распределении ранений по степени срочности» (см. учебник Банайтиса и Куприянова). Как известно, эта инструкция делит всех раненых на три категории: экстренной срочности (вне всякой очереди), первой срочности и второй срочности. Соответственно этому мы помещение сортировочного отделения или ряд небольших помещений (например, сельских изб) делили также на три категории. Эти помещения отмечались ясными надписями: «экстренная срочность», «первая срочность», «вторая срочность» *.

В сортировочной, как обязательная часть инвентаря отделения, постоянно находилась таблица П. А. Куприянова, четко написанная или напечатанная, в рамке под стеклом. Эту таблицу мы несколько видоиз-

Подобные надписи вряд ли целесообразны. Р е д.

меняли и детализировали. Так, например, «подозрительных на анаэробную инфекцию» перенесли в раздел «экстренной срочности», ранения .бедра и голени с повреждением костей были перенесены в раздел «первой срочности» и т. п.

Установив путем обычного осмотра состояние раненого, врач, пользуясь таблицей, определял, к какой категории отнести данного раненого, и направлял его в нужный отсек помещения. Кроме того, раненый получал еще и обычную цветную марку, а раненые экстренной срочности — красную повязку на рукав. Таким образом, не марка определяла степень срочности оказания помощи, а помещение раненого в соответствующий отсек экстренной, первой или второй срочности. Однако марки мы сохранили, так как они, с одной стороны, помогали уточнить степень срочности оперативного вмешательства, а с другой — указывали, где должно быть произведено оперативное вмешательство (операционная,, перевязочная).

Персонал сортировочного отделения, даже младший, очень скоро усвоил положение, что пока в отсеке «экстренной срочности» есть хотя бы один раненый, нельзя подавать в операционно-перевязочный блок раненых из других отсеков.

Тщательное выполнение этой простой и прекрасной системы в 'МСБ и ППГ первой и второй линии содействовало быстрому наведению должного порядка в работе всего учреждения.

Вначале эту методику приходилось внедрять очень настойчивым административным давлением, причем мы требовали, чтобы все элементы техники сортировки выполнялись пунктуально (разделение помещения на отсеки, таблица, марки, красные повязки, пикетаж и т. д.), а затем, когда персонал отделения убеждался в пользе и простоте описанной системы, она прочно входила в обиход учреждения. .

•Когда в состав армии вливались новые соединения, мы отсылали командиров приемно-сортировочных отделений в наши старые МСБ и они на Практике знакомились с новой организацией сортировочной работы.

Для выработки навыков и автоматизма мы требовали, чтобы такая система сортировки применялась постоянно, независимо от количества поступающих раненых. Это тренировало персонал и приучало к определенному порядку. Тогда и при больших потоках соблюдался изложенный принцип и сортировка достигала цели.

Приятно было в период боевых операций наблюдать спокойный и уверенный темп в работе как сортировочных отделений, так и операционных блоков. Командир сортировочного отделения всегда точно знал, сколько раненых и какой категории находится в отделении. Инспектирующему достаточно было беглого осмотра сортировки, чтобы ориентироваться в постановке хирургической помощи раненым в данном лечебном учреждении.

Приходится только удивляться, почему такой удобный и лучший из имеющихся методов сортировки, описанный в популярном руководстве по военно-полевой хирургии, в Великую отечественную войну не нашел достаточно широкого применения.

★

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Майор мед. службы. С. Е. ШАПИРО

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ В ПОЛЕВОМ ИНФЕКЦИОННОМ ГОСПИТАЛЕ

Одним из основных принципов военной эпидемиологии в период Великой отечественной войны являлась своевременная изоляция и лечение инфекционных больных в армейских инфекционных госпиталях, без дальнейшей эвакуации их в тыл. Армейский полевой инфекционный госпиталь — заключительный этап эвакуации инфекционных больных — должен был стать надежным барьером против дальнейшего распространения инфекции. Эти противоэпидемические барьерные функции армейский инфекционный госпиталь мог осуществить только при надлежащем эпидемиологическом режиме в нем.

От эпидемиологического режима зависела профилактика внутригоспитальных заражений, предохранение личного состава госпиталя от инфицирования и предотвращение распространения инфекции среди окружающего населения.

На военном пути от Москвы до Берлина и Чехословакии, мы встречались с многими трудностями и неожиданностями.

Основной трудностью явилось отсутствие у многих врачей опыта работы в военно-полевых условиях, недостаточная теоретическая и практическая подготовка среднего персонала в области инфекционных болезней и, наконец, неподготовленность санитаров и текучесть их состава. Кроме того, мы постоянно испытывали недостаток в помещениях для размещения госпиталя и не имели нужного количества палаток.

Отмеченные трудности можно было преодолеть только настойчивой, упорной, повседневной учебой и воспитанием всего медицинского состава, начиная от врачей и кончая санитарами.

В обеспечении эпидемиологического режима в полевом инфекционном госпитале особое значение имеет выбор места дислокации. При этом следует учесть, что большие населенные пункты в ближних тылах обычно бывают заняты воинскими частями и учреждениями, поэтому эпидемиологически целесообразнее размещать инфекционные госпитали в небольших деревнях и хуторах, а в населенных пунктах городского типа — в пригородах и на окраинах. Это позволяет лучше изолировать больных от окружающего населения и облегчает приведение территории госпиталя в надлежащее санитарное состояние. Летом удобнее размещать госпитали в лесу или в роще.

Для инфекционных госпиталей наиболее пригодны здания школ, больниц, детских яслей, детских садов, домов отдыха, санаториев, имеющие обычно несколько ходов и устроенные по коридорной системе. Однако такие помещения мы находили редко. Чаще всего в деревнях использовали крестьянские избы, а в городах — группы маленьких домиков, которые нередко дополняли палатками и землянками. Это позволяло содержать больных небольшими группами, в зависимости от рода инфекции.

Территория госпиталя разделялась на три строго очерченные и не смешивающиеся между собой зоны.

Первая зона, с отдельными подъездными путями, отводилась длят размещения медицинских подразделений (приемно-сортировочное отделение с санпропускником, изоляторы, госпитальные палаты), дезагрегата, выпускника и лаборатории.

Вторая зона, с собственными подъездными путями, предназначалась для канцелярии госпиталя, пищеблока, складов, аптеки.

В третьей зоне располагались жилища личного состава и хозяйственные подразделения.

Зоны отделялись друг от друга вехами и оградами с соответствующими надписями. Доступ в первую зону медицинских подразделений разрешался только персоналу, непосредственно занятому обслуживанием больных.

Такая система позволяла последовательно осуществлять режим изоляции больных, не допуская контакта их с посторонними лицами, хотя бы и из среды личного состава госпиталя.

Не менее важное значение в эпидемиологическом режиме имела правильная организация приема, последующего распределения и содержания поступающих больных.

Весь поток прибывавших в госпиталь больных проходил через приемно-сортировочное отделение.

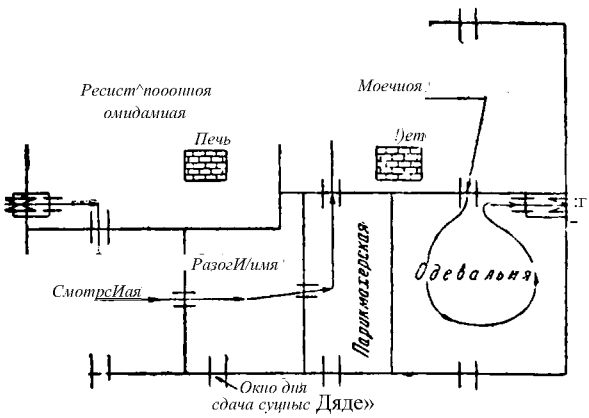


Схема приемно-сортировочного отделения с санпропускником в палатке ДМП

Это отделение с санитарным блоком всегда устраивалось по пропускному типу и, как видно из приложенной схемы, состояло из следующих помещений: ожидальни—регистрационной, смотрового кабинета, раздевальни (со специальным окном для 'сдачи грязного обмундирования в дезкамеру), парикмахерской, моечной и одевальни, через которые последовательно проходили больные во время приема (движение больных на схеме показано стрелкой)-

Там, где позволяли условия, мы устраивали приемные покои с расчетом на изолированный прием больных с различными инфекциями.

При необходимости пропуска всех поступающих больных одним потоком мы по возможности избегали одновременного приема больных с различными инфекциями, что достигалось планированием их поступления в течение дня, при помощи системы «эвакуации «а себя», по предварительным заявкам частей и лечебных учреждений. Во всех помещениях приемно-сортировочного отделения и санпропускника имелись отдельные примитивные боксированные скамьи и лежанки, фиксированные для трех наиболее часто встречающихся инфекций (паразитарные тифы, брюшной тиф и паратиф, больные с поносом). Помещение санпропускника и все его оборудование подвергались тщательной влажной дезинфекции после каждого больного. Банные воды после хлорирования отводились из моечной по канализационной трубе в поглощающий колодец.

Уделялось большое внимание тщательной санобработке поступающих больных и правильному размещению их по типовым изоляторам и отдельным инфекционным палатам, так как малейшая погрешность в этой работе могла стать причиной внутригоспитальных инфекций.

(Каждого больного, поступающего в госпиталь, тщательно обследовал дежурный врач, который и решал, в какой изолятор или палату поместить больного.

Особенности клинического течения ряда инфекционных болезней (наличие атипичных, стертых и амбулаторных форм), равно как отсутствие в начальном периоде многих инфекционных заболеваний типичных симптомов, требовали обсервации значительного большинства прибывающих больных (60—75%) в специальных палатах-изоляторах до установления окончательного диагноза.

Количество необходимых изоляторов по отдельным видам инфекций зависит от эпидемиологической конъюнктуры в обслуживаемом районе..

Обычно требовалось иметь не менее двух изоляционно-разборочных палат. Одна служила для больных с поносами, другая была рассчитана для обсервации лихорадящих больных, подозрительных по тифозно-паратифозной группе, паразитарным тифам, туляремии и бруцеллезу.

В изоляторах соблюдался режим индивидуальной изоляции примитивными матерчатыми боксами, причем каждый бокс снабжался отдельными предметами ухода и посудой.

Изолятор для лихорадящих больных желательно разделить (это легче сделать в госпитальных палатах) на Две или еще лучше на три не сообщающихся между собой помещения для полного разобщения больных, подозрительных по брюшному тифу и паратифам, от подозрительных на паразитарные тифы. Отдельно должны содержаться больные, подозрительные на капельные инфекции.

Каждую группу больных, в зависимости от рода инфекции, мы изолировали в отдельном помещении (палате, землянке, избе, изолированной части здания с отдельным выходом). Окружающая территория была огорожена и имела четкие надписи, что препятствовало взаимному контакту разнородных больных и реконвалесцентов. Каждая палата имела совершенно отдельный младший обслуживающий персонал, отдельные посуду и предметы ухода, а также отдельную уборную.

Практиковавшаяся в терапевтических госпиталях система размещения больных на двухярусных четырехместных полках вагонного типа или на нарах неприемлема для инфекционных больных; они при всех условиях должны располагаться на индивидуальных койках или деревянных топчанах и носилках с интервалом между ними не менее 35—50 см.

При размещении больных в палатах типа ДМП и ПМП необходимо заменить быстро загрязняющиеся и легко инфицирующиеся закрывающие выходы занавесы-полотнища деревянными дверями, которые легко дезинфицируются.

Во всех палатах соблюдался единый «универсальный» эпидемиологический режим. Так, в отделении для больных паразитарными тифами, наряду со строгим противопаразитарным режимом, одновременно проводились все меры профилактики, принятые при кишечных заболеваниях, и, наоборот специфический режим в дизентерийных и брюшно-паратифозных палатах сочетался с противопаразитарными мерами.

В палатах для больных капельными инфекциями режим дополнялся соответствующими мерами.

Такая система приучала персонал строго соблюдать эпидемиологический режим и позволяла быстро переключать людей с обслуживания больных одной инфекции на обслуживание других заразных больных.

Количество имевшихся в госпитале уборных, план их размещения, их устройство и удобство пользования ими имели в эпидемиологическом режиме далеко не последнее значение, особенно если учесть, что % наших больных относились к кишечной группе инфекций. Поэтому оборудование госпиталя уборными мы считали первоочередной работой и проводили ее одновременно с развертыванием медицинских подразделений.

Уборная поглощающего типа является, по нашему опыту, единственным приемлемым типом для полевого инфекционного госпиталя. Роз глубиной в 0,7—0,8 м плотно, без щелей, покрывался досками. Прорезанное в настиле очко закрывалось крышкой, которая легко поднималась ногой. Над уборной устраивали будку из досок, жердей, веток или другого подручного материала.

От палат к уборным проводились специальные огороженные перилами дорожки, помогавшие находить уборные ночью во время затемнения и ограничивавшие возможность загрязнения окружающей почвы. Уборные дважды в день обильно хлорировали с таким расчетом, чтобы резкий запах хлора отпугивал мух. Одновременно хлорировали и дорожку, соединявшую палату с уборной.

При расположении госпиталя в лесу или в поле, вдали от населенного пункта, для борьбы с мухами достаточно опрятного содержания территории госпиталя. Значительно труднее бороться с мухами при размещении в населенных пунктах.

В результате хозяйничания немецких оккупантов населенные пункты были чрезвычайно загрязнены. В селах и деревнях на каждом дворе скопилось огромное количество навоза, служившего местом выплода Мух. В связи с этим при необходимости разместить госпиталь летом в населенном пункте лучше использовать небольшие деревни.

В тех случаях, когда очистить дворы от навоза было невозможно, мы прибегали к периодическому, через каждые 2—3 дня, заливанию навозных куч обильными количествами раствора неочищенной карболовой кислоты или хлорной извести. Это обычно давало вполне удовлетворительные результаты.

Сочетание санитарной очистки территории, обеспложивания навозных куч со всем комплексом противомушипых мер в палатах (засетчивание окон и дверей, применение липучек, мухоловок, формалина и особенно пиретрума) почти полностью избавляет госпиталь от мух.

Большое значение имело устройство быта персонала госпиталя, непосредственно занятого обслуживанием больных, например, выделение для сестер и санитаров возможно лучших помещений с индивидуальными койками или топчанами с постельными принадлежностями, устройство специальных столовых, регулярная санобработка не реже одного раза в неделю и т. д. Сугубое внимание уделялось воспитанию у младшего и среднего медперсонала чувства ответственности за свое здоровье и здоровье подчиненных.

Суммируя наш четырехлетний опыт работы в полевом инфекционном госпитале армейского района, можно притти к выводу, что эффективность эпидемиологического обеспечения инфекционных больных в военно-полевых условиях определяется следующими моментами:

1. Рациональным выбором места расположения и правильным оборудованием территории госпиталя.
2. Четкой организацией приема и санобработки поступающих больных, их внутригоспитального распределения и строгим содержанием по роду болезни в течение всего времени пребывания в госпитале.
3. Высокой санитарно-эпидемиологической культурой всех работников, обслуживающих больного, без каких-либо скидок на полевые условия.
4. Непрерывной учебой и воспитанием твердых эпидемиологических навыков у всего личного состава, занятого обслуживанием больных.

★

Майор мед. службы М. П. ТУМАНОВ

ОКАЗАНИЕ САМОПОМОЩИ И ВЗАИМОПОМОЩИ НА САМОЛЕТЕ Пе-2 ПРИ РАНЕНИЯХ В ВОЗДУХЕ

В частях Ы-ского авиационного корпуса были проведены практические занятия для обучения летного состава оказанию самопомощи и взаимопомощи при ранениях во время полета на самолете типа Петляков-2 (Пе-2).

На Пе-2 штурман и стрелок-радист при ранении могут оказать себе первую помощь сами. При ранениях летчика ему может сделать перевязку штурман. На практических занятиях летный состав обучался наложению давящих асептических повязок, импровизированных жгутов и прижатию сосудов при артериальных кровотечениях.

Эта работа дала хорошие результаты. Количество случаев, когда экипаж при ранениях оказывал себе самопомощь и взаимопомощь, быстро возросло. Если принять все боевые ранения, когда самопомощь или взаимопомощь была нужна и возможна в воздухе, за 100%, то фактически она была оказана в 70% случаев; в 25% случаев члены экипажа были заняты боевой работой и поэтому не оказывали нужной само- и взаимопомощи и только в 5% случаев самопомощь и взаимопомощь не была оказана из-за растерянности и неумения.

Приведу несколько примеров боевых ранений в воздухе и оказанной при этом само- или взаимопомощи.

27 января 1943 г. при выполнении боевого задания самолет Пе-2, ведомый летчиком Леонтьевым, был атакован истребителями противника. Летчик получил пулевое касательное ранение мягких тканей левой надбровной области. Кровь заливала глаза и слепила летчика. Штурман Гостьев наложил раненому давящую асептическую повязку своим перевязочным пакетом. Это спасло не только поврежденный самолет, но и, возможно, жизнь всех членов экипажа.

1 августа 1943 г. при выполнении боевого задания командир эскадрильи майор Хохолин был ранен осколком зенитного снаряда в левый голеностопный сустав с повреждением костей. Чувствуя, что в сапог изливается большое количество крови, он сообщил об этом штурману. Штурман Клименко наложил раненому жгут на нижнюю треть бедра, использовав ремень от планшета. 'Майор Хохолин благополучно привел самолет на свой аэродром.

7 июля 1943 г., возвращаясь с боевого задания, самолет летчика Ровенского был подбит снарядом зенитной артиллерии противника. Летчик получил множественные осколочные ранения мягких тканей черепа без повреждения костей. Штурман Буджерок сделал летчику перевязку. Ровенский удовлетворительно справился с вынужденной посадкой подбитого самолета на своей территории.

17 июля 1943 г. при возвращении с боевого задания самолет Альмаметова был подбит истребителями противника. Штурман Васильченко был ранен в левую стопу осколком пушечного снаряда. Чувствуя сильное кровотечение, он наложил себе жгут на нижнюю треть бедра, использовав ремень от планшета, затем, сняв сапог, наложил повязку на стопу.

Стрелок-радист Тихонов получил в полете осколочное ранение мягких тканей нижней трети правого бедра. Чувствуя, что теряет много крови, Тихонов наложил себе жгут, а затем давящую повязку поверх одежды. В качестве жгута был использован поясной ремень.

Таких примеров можно привести много.

Анализируя имеющийся опыт по оказанию самопомощи и взаимопомощи при ранениях в воздухе (в кабинах самолета Пе-2), мы рекомендуем для занятий и тренировок следующие упражнения.

1. Наложение импровизированного жгута (используя в качестве жгута поясной ремень, ремень от планшета, шнуры от электропроводки и т. п.) на нижнюю и верхнюю треть правого и левого бедра и на нижнюю, среднюю и верхнюю треть каждого плеча.

2. Наложение штурманом асептической повязки на голову и лицо летчика (используется индивидуальный перевязочный пакет). При тренировке в наложении повязок на голову и лицо нужно ставить штурману определенные задачи: какая область ранена, какое кровотечение, цель повязки, как правильнее и лучше наложить повязку. Перед наложением повязки на голову обязательно снимается полетный шлем, ведущего или ведомого по радио предупреждают о выходе из строя, временном или на весь маршрут полета. После наложения повязки, если возможно, снова надевают полетный шлем.

3. Наложение повязки на открытые раны кистей рук. При этом требуется установить самолет для полета по горизонту, отрегулировав соответственно сектор газа, наложить повязку на раненую кисть, а другой рукой временно управлять самолетом.

4. Наложение повязки при ранениях плеча и предплечья. Здесь нужно научиться разрезать одежду, накладывать подушки индивидуального пакета на раны, забинтовывать рану и застегивать одежду булавками.

5. Наложение повязки на голень и бедро, особенно левые, представляет трудную задачу. Тренировку следует производить в следующем порядке: накладывать асептические повязки непосредственно на рану после условного разрезания сапог, унтов, обмундирования с последующим фиксированием разрезанной одежды несколькими турами бинта или накладывать давящие повязки непосредственно на одежду для остановки кровотечения. Каждый член экипажа в полете должен иметь при себе складной нож.

6. При ранениях груди и живота подойти к ране можно только расстегнув одежду или разрезав ее. Фиксировать повязку поверх одежды индивидуальным перевязочным пакетом невозможно, так как бинт слишком короток и узок. Экипажи самолетов должны иметь пакеты с подушками большого размера и бинтом шириной 14—16 см и длиной 7—10 м. Тдкой пакет дает возможность наложить фиксирующую повязку при ранении любой части тела. Иногда для фиксации повязки на ранах груди и живота поверх одежды может служить поясной ремень.

7. Необходимо воспитать навыки нахождения и прижатия височной, плечевой, бедренной и подключичной артерии.

Врач авиационной части должен позаботиться, чтобы весь летный состав, отправляясь в полет, имел два индивидуальных пакета: один большой с широким и длинным, описанным выше бинтом, другой — стандартный. В кабине штурмана и стрелка-радиста необходимо иметь резиновый или матерчатый жгут.

★

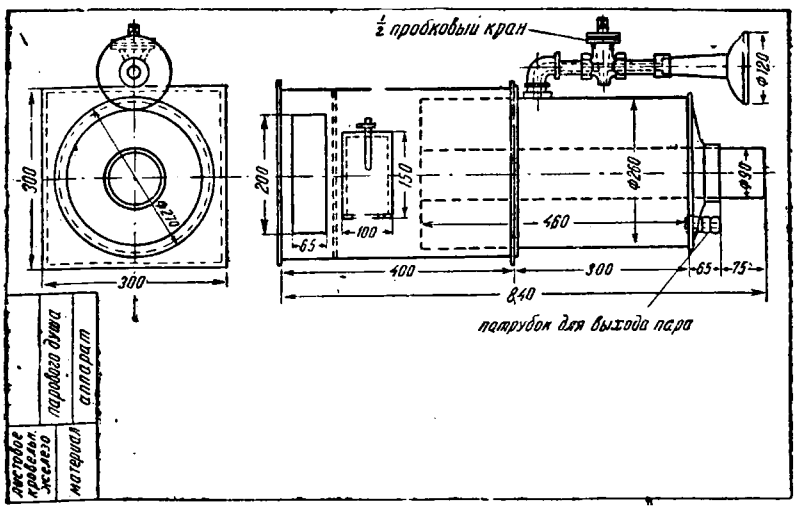
ОБМЕН ОПЫТОМ

Полковник мед. службы Н. С. КОВТУРМАН

ПРИМЕНЕНИЕ ПАРА С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ

Метод лечения паром в виде общих паровых ванн и местных паровых душе# известен давно. Этот метод физиотерапевтического лечения удобен тем, что не требует электроэнергии и специальной дорогостоящей аппаратуры. Между тем способ лечения паром почему-то незаслуженно забыт.

Местный паровой душ можно широко применять при травматических повреждениях, особенно при последствиях поражения суставов, сопровождающихся тугоподвижностью. Хорошие результаты отмечаются при местном лечении паром радикулитов различной этиологии. В результате местного лечения паровым душем и массажем грубые рубцы размягчаются и отделяются от подлежащих тканей.



Обычно пар для этих целей водолечебницы получают из центральной котельной. Это недоступно для лечебных заведений, не имеющих водолечебниц. Иные способы получения пара, описываемые в руководствах по физиотерапии, хотя на первый взгляд и просты, мало удобны.

По нашему предложению инженер Г. В. Рупчев сконструировал весьма простой прибор для получения пара и приспособление для отпуска местного парового душа.

Прибор портативен, дешев, экономичен по расходу топлива и может быть использован как в лечебном заведении, так и в стационаре войсковой части (см. рисунок).

В годы Отечественной войны мы с успехом применяли паровой душ и можем рекомендовать этот метод лечения для долечивания раненых в послевоенные годы.

★

Кандидат мед. наук А. М. СЕРЕДНЯЦКИЙ

НОВЫЙ РЕТРАКТОР

Чтобы культя была работоспособной и выносливой, она должна иметь достаточный запас кожно-мышечных тканей. При круговых ампутациях, особенно в военное время, часто образуются так называемые конические культи, непригодные для протезирования. Такие культи необходимо реампутировать.

Конические культи образуются из-за тракции кожно-мышечных тканей и «тпиливания кости почти на одном уровне с мягкими тканями. Главной причиной образования конической культи все же являются недостаточность кожно-мышечного лоскута и значительная травма мягких тканей культи пилой при пересечении кости. Шевкуненко рекомендует при отпиливании кости максимально оттягивать мягкие ткани кверху. Но податливость мягких тканей живого человека весьма ограничена, особенно когда они прижаты жгутом Эсмарха.

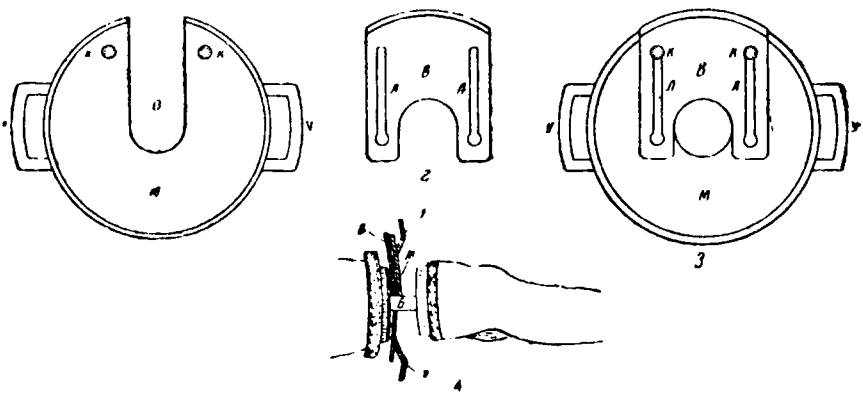


Рис. 1, 2,3 и 4

Единственным инструментом, с помощью которого мышцы можно хорошо оттянуть кверху и защитить от повреждения пилой, является ретрактор. Предложено немало моделей ретракторов (Куковерова, Сысина, Чугаева, Трегубова, Перси, Джардена, Бомеца, Дуаена, Мунке), но все они малоудобны и редко встречаются как в военных госпиталях, так н в гражданских лечебных учреждениях. Последнее обстоятельство и побудило нас предложить удобную, весьма простую в употреблении и изготовлении модель ретрактора.

Наш ретрактор представляет собой круглый, слегка вогнутый металлический диск диаметром в 17—18 см (рис. 1,А4), в котором имеется вырез (О) шириной в 3,5 см. Для удерживания диска при оттягивании мышц имеются ручки (У). После того как мышцы будут перерезаны до кости, диск насаживают вырезом (О) на кость, при этом вогнутая поверхность диска обращена к основанию конечности. С вогнутой стороны диска вдвигается специальная задвижка (рис. 2, В), которая своими прорезами (Л) надевается на штифты (К) в диске *(М)*. На рис. 3 диск показан в собранном виде, а на рис. 4 показано схематическое изображение ретрактора в действии.

Предложенный нами ретрактор прост, портативен, его легко изготовить в любой слесарной мастерской. Этим ретрактором мы пользовались около полутора лет в ХППГ первой линии и не отметили в нем никаких недостатков.

Капитан мед. службы Д. Е. ДЖЕМС-ЛЕВИ

ПРИМИТИВНАЯ КАПЕЛЬНИЦА

Отсутствие достаточного количества специальных капельниц в госпиталях и других лечебных учреждениях заставляет применять для жидких медикаментов, употребляемых в каплях, обыкновенную медицинскую посуду, пользование которой неудобно и часто ведет к неточному отсчету капель. Помимо этого, из-за частого вынимания пробок лекарства загрязняются.

Мы пользуемся очень простой и удобной капельницей. В нижней части пробки с двух противоположных сторон ее сделаны две продольные вырезки (одна несколь-

ко длиннее другой) с таким расчетом, чтобы верхний конец вырезки несколько не доходил до границы соприкосновения пробки с краем горлышка пузырька (когда пробка крепко его закупоривает). Вторая вырезка делается несколько короче, для того чтобы было заметно, через которую капать, но можно обе вырезки делать и одинаковой длины.

Для капания пробку слегка вытягивают из горлышка, но совсем не вынимают, с таким расчетом, чтобы верхние концы обеих вырезок выступали над краем горлышка пузырька, и, наклонив пузырек, капают лекарство. Так как воздух по верхней вырезке свободно проникает внутрь пузырька, то из противоположной вырезки жидкость легко вытекает каплями.

★

Ф. Д. КОЛЕСНИК

ПОРТАТИВНЫЙ ЯЩИК для ХРАНЕНИЯ И ТРАНСПОРТИРОВКИ КОНСЕРВИРОВАННОЙ КРОВИ И СЫВОРОТОК

Мной сконструирована портативная укладка для хранения в лечебных учреждениях консервированной крови и сывороток различного назначения, так как отсутствие такого приспособления не позволяло госпиталю иметь дежурную кровь для экстренных случаев. Эта укладка одинаково пригодна как для хранения консервированной крови и сывороток, так и для транспортировки их.

Укладка состоит из двух ящиков и фигурного вкладыша. Наружный деревянный ящик плотно закрывается дверкой на крючок, стенка ящика толщиной 8 мм; высота 42,5 см, ширина 26,5 см, глубина 26 см. Внутренний деревянный ящик также плотно закрывается двумя дверками, верхней и нижней. Толщина стенки ящика 8 мм, высота 39,5 см, ширина 23,5 см, глубина 18 см.

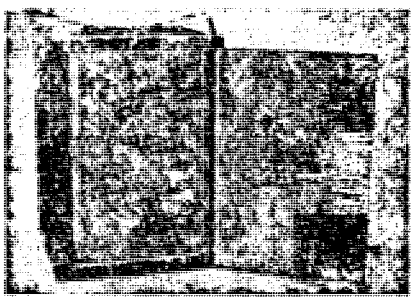


Рис. 1. Портативный ящик для хранения крови и сывороток с открытой дверцей наружного ящика

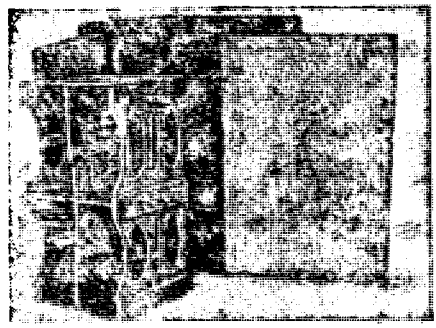


Рис. 2. Портативный ящик с открытыми дверцами с фигурными _вкла,т,ышами ”

Внутренний ящик винтом прикрепляется к наружному. Между ящиками образуется пространство в 7 мм, которое у стенки наружного ящика заполнено 5 мм картоном, а у стенки внутреннего ящика остается воздушная прослойка в 2 мм.

Внутренняя стенка второго ящика оклеена бумазеей. Внутрь второго ящика вставляется фигурный вкладыш с восемью гнездами для стандартных банок или же фигурный вкладыш для шести ампул с консервированной кровью. Кроме банок или ампул с кровью, в ящике можно хранить сыворотки разного назначения.

Между вертикальной внутренней стенкой второго ящика и фигурным вкладышем вставляются четыре плоских металлических банки (с каждой стороны по две) для льда или горячей воды. К стенке фигурного вкладыша прикреплен термометр. При проверке установлено, что нужная температура в ящике может поддерживаться при помощи льда или горячей воды 8 часов 30 мин-ут и более. В таком ящике мы в нашем эвакогоспитале хранили сыворотки и консервированную кровь. Вес ящика 7 кг.

★

В УЧЕНОМ МЕДИЦИНСКОМ СОВЕТЕ ПРИ НАЧАЛЬНИКЕ ГВМУ ВС СССР

ХРОНИКА СОВЕЩАНИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ, УРОЛОГИЧЕСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДСЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ

8—11 октября 1945 г. состоялось совещание ларингологической, офталмологической, урологической и стоматологической подсекции хирургической секции УМС при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии. >

Отчеты о совещаниях ларингологической и офталмологической подсекции помещены в № 9 ВМЖ 1946 г. Ниже публикуем отчеты о совещаниях стоматологической **и** урологической подсекции и состоявшемся позже совещании гинекологической подсекции.

Совещание стоматологической подсекции открыл главный стоматолог Красной Армии генерал-майор медицинской службы проф. Д. А. Энтин, рассказавший о блестящих успехах стоматологической службы в Отечественной войне. Эти успехи достигнуты на основе обобщения опыта войны с белофиннами.

Из недостатков в работе стоматологической службы следует отметить преобладание в ряде случаев ортопедического вмешательства в ущерб хирургическому, которому надлежит занимать ведущее место. Наблюдались также многоэтапность при эвакуации челюстных раненых и дефекты в организации питания их, недостаточно было снабжение челюстных отделений аппаратурой. Но наиболее остро стоял вопрос о кадрах квалифицированных стоматологов.

Доклады на тему «Организация стоматологической службы и лечение челюстно-лицевых раненых в наступательных операциях» сделали подполковник мед. службы И. П. Калнненко, подполковник мед. службы Я. М. Збарж, подполковник мед. службы И. А. Бегельман и майор мед. службы С. М. Куценог. Докладчики отметили огромную роль групп ОРМУ в деле оказания помощи челюстно-лицевым раненым в войсковом районе. Шинирование при огнестрельных переломах челюсти в МСБ оказывалось большей частью невозможным и было передвинуто в армейский н фронтовой районы. В ходе войны выявилась необходимость иметь специализированный госпиталь для челюстно-лицевых раненых в армейском районе. Лучше всего, если челюстное отделение входило в состав госпиталя «шея-голова». Несмотря на наличие ряда недостатков смертность при челюстной травме с поражением костей не превышала 2,5—5“/о, а при ранениях мягких тканей лицевой области процент смертности был ничтожен.

Доклады по первому разделу программы вызвали оживленные прения, в которых приняли участие заслуженный деятель науки проф. А. Э. Рауэр, проф. А. А. Лимберг, проф. А. А. Кьяндский, подполковник мед. службы А. М. Рарог, капитан мед. службы С. И. Ланских и др.

По второму разделу программы совещания на тему «Методы и результаты лечения челюстно-лицевых раненых в госпиталях ФЭП» с докладами выступили проф. А. А. Лимберг, проф. И. А. Бегельман, капитан мед. службы Л. В. Горбачева, подполковник мед. службы Я. М. Збарж, капитан мед. службы С. И. Ланских, майор мед. службы И. О. Новик.

Подвергались детальному рассмотрению вопросы шинизации и выбор системы шин. На опыте войны оправдала себя алюминиевая шина Тигерштедта, преимущественно одночелюстная. Междучелюстную типизацию раненые переносят тяжело и к ней следует прибегать только в строго показанных случаях. Подполковник мед. службы, М. Я. Збарж поделился опытом применения шины Вебера при эвакуации челюстно-лицевых раненых в тыл.

В прениях выступили проф. И. Г. Лукомский, проф. Н. М. Михельсон, проф. **А.** А. Кьяндский, подполковник мед., службы М. Я. Збарж и др. Проф. И. Г. Лукомский выразил сожаление, что вопрос о костной травме челюстей, являющийся основным в системе стоматологической помощи, не вошел в программу.

Доклады по третьему разделу «Предупреждение и лечение осложнений при челюстно-лицевых ранениях» сделали подполковник мед. службы проф. А. А. Кьяндский (Пневмонии у челюстных раненых) и майор мед. службы Джашатян (Лечение кровотечения при ранениях челюстей). Этот доклад, ввиду отсутствия майора Джашатяна, прочел по его рукописи т. Гаврилов.

Последнему разделу программы совещания «Зубоврачебная и зубопротезная помощь в войсках и госпиталях фронта» были посвящены доклады полковника мед. службы А. М. Рарог, подполковника 3. К. Тельмана и подполковника мед. службы ироф. И. А. Бегельмана.

Докладчики отметили, что в зубоврачебной и зубопротезной помощи в Красной Армии нуждаются многие. Поэтому необходимо лучше организовать зубоврачебную и зубопротезную помощь, готовить больше новых специалистов и лучше использовать имеющихся.

По всем пунктам совещания приняты резолюции.

Первый день совещания урологической подсекции хирургической секции был посвящен вопросам организации урологической помощи раненным в органы мочеполовой системы. Главный уролог Красной Армии полковник мед. службы проф. А. П. Фрумкин обрисовал всю систему организации урологической помощи, начиная с урологических отделений в госпиталях госпитальной базы фронта, работу специализированных групп ОРМУ в войсковом районе и историю возникновения отделений в госпиталях армейской госпитальной базы.

Систематические поездки на различные фронты руководящих специалистов-урологов, обязательное посещение ими МСБ помогли провести необходимые мероприятия и значительно улучшить оказание помощи раненным в мочеполовые органы. Кроме того, уже в начале Великой отечественной войны была издана специальная инструкция по лечению ранений таза с повреждением мечеполовых органов; разработаны радикальные методы первичной -обработки разрушенных ранением костей таза, методы вскрытия и дренирования мочевых и гнойных затеков и т. д. Все это дало прекрасные результаты: смертность раненных в таз и мочеполовые органы, достигавшая в первый год войны 25,5%, в четвертый год войны упала до 7,7%.

Не менее интересным был доклад майора мед. службы Е. А. Стысина «Работа армейской урологической группы ОРМУ». Докладчик показал, что процент урологических ранений по отношению к общему числу раненых оставался более или менее стабильным (0,8—1%). Правильная организация эвакуации раненых по назначению позволяла оперировать всех раненных в почки в первые сутки после ранения. Из раненных в мочевой пузырь и уретру в первые сутки оперировано 45—50%. Интересно отметить, что изолированные ранения почек докладчик наблюдал в 60% случаев.

Доклад полковника мед. службы Б. И. Егермана был посвящен организации в госпиталях тыла урологической помощи при ранениях и заболеваниях мочеполовой системы.

Выступавшие затем в прениях дополнили и развили основные положения докладчиков. Так, например, генерал-майор А. И. Васильев напомнил собранию, как во время первой мировой войны на одном из заседаний хирургического общества ассистент проф. С. П. Федорова д-р Алексеев обратился к собравшимся с ходатайством организовать «хоть какие-нибудь урологические отделения, которые могли бы оказывать соответствующую помощь раненым». Во время Великой отечественной войны урологическую помощь раненым оказывали высококвалифицированные специалисты.

Все остальные заседания секции были посвящены вопросам клиники ранений органов мочеполовой системы.

Ранению почек были посвящены доклады майора мед. службы В. И. Шарова, подполковника мед. службы Г. Д. Сперанского и майора мед. службы 3. В. Файнштейна.

Майор мед. службы В. И. Шаров представил очень интересные данные о ранениях почек, наблюдавшихся автором в МСБ. По данным автора, ранения почек составляют 0,6% к -общему числу раненых, прошедших через МСБ. У 68% раненных в почку наблюдался тяжелый шок и кровопотеря. Особенной тяжестью отличались комбинированные ранения с ранениями грудной и брюшной полости, особенно с ранениями печени и селезенки.

Показанием для оперативного вмешательства служила не столько интенсивность гематурии, сколько нарастание анемизации раненого. Подавляющее большинство раненых было оперировано под эфирным наркозом. В ряде случаев эфир комбинировали с хлорэтилом. Внутривенный гексеналовый наркоз автор применял всего лишь в 6% случаев.

При трещинах и касательных ранениях почки накладывался шов и применялась тампонада; при отрыве полюсов автор (в условиях МСБ) широко пользовался клиновидной резекцией пораженной части почки. Размозжение почки или отрыв ее от почечной ножки служили поводом к нефрэктомии.

Послеоперационная смертность по материалу автора составляла 26,8%. Основными причинами смерти были тяжесть повреждений, не совместимая с жизнью, шок, кровопотеря и особенно перитонит.

Доклады подполковника мед. службы Г. Д. Сперанского и майора мед. службы 3. В. Файнштейна были посвящены главным образом вопросам вторичной нефрэктомии, вызываемой инфекцией ран и перманентно продолжающейся гематурией, которые приводят раненых к тяжелой анемизации. В некоторых случаях ранений почки с образованием панцырного паранефрита операцией выбора являлась субкапсулярная нефрэктомия. Все авторы отмечают спасительную роль переливания крови после нефрэктомии по поводу ранений почек, сопровождавшихся интенсивными или продолжительными кровопотерями.

Ранениям мочевого пузыря был посвящен доклад майора мед. службы Н. Е. Гомберга. Базируясь на опыте двух с половиной лет работы специализированного отделения в госпитале фронтового тыла, докладчик указал на относительное постоянство числа ранений таза с повреждением мочевого пузыря. Одновременное с мочевым пузырем повреждение костей таза наблюдалось в 42% случаев, одновременное ранение тазобедренного сустава—в 9,4% случаев, прямой кишки—в 8,4% случаев. Наиболее тяжело протекали комбинированные ранения мочевого пузыря и тазобедренного сустава. Автор отмечает, что первичной хирургической обработке в течение первых суток подвергнуто 61% раненых, на вторые сутки — около 24%. В урологическом отделении фронтового госпиталя нередко приходилось подвергать раненых вторичной обработке, заключающейся в секвестротомии, широком дренировании тазовой клетчатки, резекции тазобедренного сустава и экзартикуляции бедра. Последняя операция, по мнению докладчика, является наиболее действенной при одновременных ранениях мочевого пузыря и тазобедренного сустава.

Одним из актуальных мероприятий по борьбе с сепсисом и по снижению смертности при ранениях мочевого пузыря и таза является активизация ранних вторичных хирургических вмешательств. Так, в первый период войны смертность по материалу докладчика составляла 40%. в третий период (последний год войны) смертность снизилась до 13%.

В пользу ранних вторичных вмешательств, направленных на борьбу с остеомиэлитом костей таза, мочевыми затеками и флегмонами тазовой клетчатки высказывается и майор мед. службы И. М. Чайков в своем докладе «Операция по Мак Уортеру как метод профилактики и лечеиня флегмоны таза». Автор произвел по этому способу 98 операций, из них в 32 случаях для извлечения инородных тел из лобковой, седалищной области и тазобедренного сустава (при расположении инородных тел впереди головки и вертлужной впадины). Во всех остальных случаях операция применялась для дренирования затеков в паравезикальной клетчатке и удаления осколков разрушенных ранением лобковых и седалищных костей таза.

Ранениям таза с повреждением уретры был посвящен доклад полковника мед. службы проф. А. А. Чайка. Автор отметил, что тяжесть ранения обусловливается главным образом повреждением костей таза. Особенно опасны ранения, сопровождающиеся нагноительными процессами в тазобедренном суставе или в крестцово-подвздошном сочленении.

Наиболее трудными с точки зрения восстановительной хирургии являются мочекаловые свищи, борьба с которыми требует особых оперативных методов, в зависимости от величины и характера анатомических разрушений и изменений в области свищей.

О комбинированных ранениях уретры докладывал Я. В. Гудынский. Подполковник мед. службы Л. М. Шапиро поделился своим опытом раннего восстановления задней уретры при огнестрельных повреждениях ее.

Все выступавшие в прениях, останавливаясь на отдельных деталях докладов, единодушно отмечали громадные успехи, достигнутые в лечении раненных в таз и мочеполовые органы, и указывали на необходимость активного хирургического вмешательства в наиболее ранние сроки после ранения.

Последний день совещания был посвящен вопросам заболеваний органов мочеполовой системы.

Генерал-майор мед. службы проф. А. И. Васильев в подробном докладе осветил современное состояние вопроса об этиологии и патогенезе уросепсиса.

Вопросу о вторичных заболеваниях почек после огнестрельных ранений мочевых органов был посвящен доклад майора мед. службы М. Г. Купершляк.

Исчерпывающие данные по вопросу о циститах были представлены в докладе подполковника мед. службы Г. И. Гольдина. Среди этиологических моментов, способствующих возникновению воспаления мочевого пузыря, автор указывает на охлаждение, авитаминозы, нарушение основного обмена. Немаловажное значение придает автор нейро-поихическим факторам, приводящим к появлению дизурических расстройств. Наиболее эффективным в лечении цистита оказалось внутривенное вливание новарсенола 0,15—0,3 с промежутком в 2—4 дня между инъекциями.

В развернувшихся прениях полковник мед. службы проф. А. А. Чайка указал на возникновение после огнестрельных ранений мочевых органов метастатических гнойников в почках, имеющих характер карбункула почки. Диагностика последних значительно затруднена. Проф. М. А. Заиграев указал на целебное действие инъекции пенициллина при гнойных заболеваниях верхних мочевых путей. За расширение показаний к оперативному вмешательству на почке при вторичных гнойных ее поражениях высказался и майор мед. службы Е. А. Стысин.

Исследования, произведенные в клинике генерал-майора проф. А. И. Васильева, показали, что гипоавитаминоз С является наиболее частой причиной воспалительных заболеваний мочевого пузыря и появления дизурии.

Подполковник мед. службы Левин говорил о наличии у больных циститом гипопротеинемии, гипоавитаминоза, а в некоторых случаях и гипогликемии.

Майор мед. службы М. Г. Купершляк получал хорошие результаты при лечении цистита внутривенными вливаниями стрептоцида с уротропином. У подавляющего

большинства лечившихся в отделении больных циститом была обнаружена кишечная палочка.

По всем докладам были выработаны и приняты соответствующие резолюции.

В течение четырех дней (18—21 декабря 1945 г.) в Москве происходило совещание гинекологической подсекции хирургической секции УМС при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии.

Совещание открыл заместитель главного хирурга Красной Армии заслуженный деятель науки генерал-майор мед. службы проф. В. С. Левит, отметивший громадную роль, которую сыграла гинекологическая служба в обеспечении сохранения здоровья женщин-военнослужащих и женского вольнонаемного состава в Великую отечественную войну; затем тов. Левит перечислил задачи, стоящие перед военными гинекологами в мирное время.

На совещании обсуждались вопросы организации гинекологической службы, лечения военного травматизма женщин и гинекологических заболеваний военного времени.

Доклад об основных этапах развития гинекологической службы Красной Армии сделал главный гинеколог Красной Армии полковник мед. службы проф. И. Ф. Жорданиа. Опираясь на обширный фактический материал, докладчик показал пути развития гинекологической службы с момента ее возникновения в 1942 г. до последних дней войны. В годы войны молодая гинекологическая служба Красной Армии организационно полностью оформилась и заняла достойное место в ряду других специальных служб системы медико-санитарного обеспечения войск Красной Армии. Подводя итоги работы в военное время, докладчик в обобщающих выводах наметил ответственные задачи, стоящие перед военными гинекологами в мирное время.

В содокладе проф. Фейгеля («Гинекологическая помощь в наступательных операциях М-ского фронта») был освещен вопрос о гинекологическом обеспечении женщин во время наступления при маневре отдельными гинекологическими учреждениями.

Майор мед. службы доц. Венгеровский в докладе «Опыт работы женского фронтового госпиталя» подчеркнул необходимость существования таких госпиталей. Эти госпитали сыграли громадную роль как организующе-консультативные центры всей лечебной помощи женщинам в масштабе фронта. В докладе подполковника мед. службы Е. П. Майзель о санитарно-венерологической разведке среди местного женского населения был обобщен опыт работы на М-ском фронте. Санитарно-венерологическая разведка, имеющая чрезвычайно важное значение в системе мероприятий по охране здоровья бойцов и офицеров Красной Армии, проводилась представителями гинекологической службы по прямому указанию главного гинеколога Красной Армии.

Майор мед. службы доц. А. Л. Каплан в своем сообщении широко осветил работу по гинекологическому обслуживанию советских репатрианток. Задача заключалась не только в том, чтобы оказать репатриируемым женщинам медицинскую и особенно акушерскую помощь, но и в предупреждении заноса и распространения на территории Советского Союза инфекционных и венерических заболеваний. Подполковник мед. службы доктор мед. наук Б. С. Песоченский выступил с докладом «Гинекологическая помощь в частях Ленинградского военного округа в мирное время». Докладчик подвел первые итоги работы гинекологов в мирных условиях, имеющих свою специфику и свою задачу: обеспечение лечебно-профилактической помощью членов семей военнослужащих, женского вольнонаемного состава Красной Армии, подготовка гинекологических кадров, научно-исследовательская разработка ряда вопросов в свете накопленного в годы Отечественной войны опыта и т. п.

Чрезвычайно актуальный вопрос о военном травматизме среди женщин был поднят в обстоятельном докладе главного гинеколога Красной Армии проф. И. Ф. Жорданиа. Докладчик осветил вопросы об особенностях заживления ран у женщин, о влиянии ранения на овариально-менструальную функцию женщины, на беременность и т. п. Содоклады полковника мед. службы проф. К. К. Введенского («Ранения таза у женщин»), майора мед. службы Л. В. Ваниной («Военный травматизм женщин по материалам Центрального архива ГВСУ Красной Армии») и майора мед. службы И. Д. Арист («Материалы по изучению военного травматизма женщин») дополняют картину особенностей течения ранений у женщин и подтверждают выводы докладчика проф. И. Ф. Жорданиа.

Главный уролог Красной Армии проф. А. П. Фрумкин осветил вопрос о ранениях таза с повреждением мочеполового аппарата и особенностях хирургического лечения при этих ранениях. Генерал-майор мед. службы проф. Фигурнов сообщил об интересном случае хирургического лечения ранения женского мочеполового аппарата.

По разделу «Гинекологические заболевания военного времени» пленум заслушал доклад проф. И. Ф. Жорданиа «Гинекология военного времени». Докладчик четко определил термин «гинекология военного времени», обосновал его правильность и показал картину особенностей патологических процессов, встречающихся у женщин в военное время не только на, фронте, но и в тылу — среди гражданского

населения. Основные тезисы докладчика оживленно обсуждались участниками пленума. Совещание признало необходимым включить в программы акушерства и гинекологии медицинских вузов и техникумов вопросы, составляющие предмет гинекологии военного времени. Эти же вопросы должны найти достаточное место в планах научно-исследовательских работ в Акушерско-гинекологическом институте Академии медицинских наук СССР, Центральном институте акушерства и гинекологии НКЗдрава СССР, а также на кафедрах медицинских вузов.

Чрезвычайно интересный вопрос об аменоррее военного времени был поставлен в докладе майора мед. службы доц. Е. И. Гуревич. Е. И. Гуревич дала исчерпывающий материал по патогенезу и клинике этого заболевания в блокированном Ленинграде, выдвинув оригинальную концепцию развития аменорреи и обратного восстановления менструальной функции. Подполковник мед. службы Р. Л. Шуб в докладе «Лечение аменорреи военного времени витаминами» показал высокую терапевтическую эффективность витаминов комплекса В при лечении аменорреи.

Пленум заслушал также доклад подполковника мед. службы доц. Л. Г. Степанова о диагностике и терапии женской гонорреи и подполковника мед. службы доц. А. А. Лебедева о диагностике и терапии трихомонадных колпитов. Интересно было сообщение подполковника мед. службы проф. Е. И. Кватер о диагностике физического развития женщин-военнослужащих по материалам М-ской армии. В этом сообщении Е. И. Кватер показал благоприятное влияние военной службы на физическое развитие женщины. Майор мед. службы доц. Довженко доложил о результатах исследования слуха у женщин в различные фазы овариально-менструального цикла и при беременности.

Главный акушер НКЗдрава СССР проф. М. Н. Побединский указал на исключительно полезную и эффективную работу, проведенную военными гинекологами не только среди женщин-военнослужащих, но и среди гражданского населения ряда районов.

По всем докладам развернулись оживленные прения. Выступало более 30 человек.

Совещание по всем затронутым вопросам приняло ряд решений. Эти решения помогут еще более улучшить гинекологическое лечебно-профилактическое обслуживание женщин, служащих в Красной Армии, и членов семей военнослужащих.

В конце работы совещания выступил заместитель начальника ГВСУ Красной Армии генерал-лейтенант мед. службы Л. Г. Ратгауз, приветствовавший делегатов от имени начальника ГВСУ Красной Армии генерал-полковника мед. службы Е. И. Смирнова и отметивший успешность работы совещания.

Во время совещания функционировала большая выставка, посвященная работе гинекологической службы на фронтах и округах на различных этапах ее развития. На выставке были представлены таблицы, рисунки, диаграммы, художественно выполненные -макеты и т. п.

★

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

В ПРЕЗИДИУМЕ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР

22—24 апреля 1946 г. комиссия по изучению санитарных последствий войны при президиуме Академии медицинских наук СССР провела 1-ю конференцию по изучению санитарных последствий войны и мероприятий по их ликвидации.

В работе конференции приняли участие: действительные члены Академии медицинских наук СССР Н. А. Семашко (председатель комиссии), генерал-майор Ф. Г. Кроткое, А. И. Сысин, В. Л. Громашевский, П. А. Кувшинников, И. Д. Страшун, член-корреспондент Академии медицинских наук СССР Г. А. Баткис, постоянные члены комиссии, профессора, доценты и научные работники исследовательских институтов Москвы и периферии.

22 апреля был заслушан доклад действительного члена Академии медицинских наук СССР проф. Н. А. Семашко «Изучение санитарных последствий войны и мероприятия по их ликвидации*. Основными вопросами, подлежащими изучению, являются, по мнению докладчика, следующие.

1. Изучение демографических сдвигов; разработка соответствующих материалов не только по Советскому Союзу в целом, но прежде всего по отдельным республикам и областям (локальные исследования). Трудность, с которой приходится сталкиваться прн изучении демографических сдвигов все же преодолима. Об этом свидетельствуют работы, уже проведенные в некоторых местах.

2. Изучение заболеваемости населения. Докладчик подчеркивает, что вопрос об эпидемическом состоянии Советского Союза в годы Великой отечественной войны подробно отражен в научном труде министра здравоохранения СССР тов. Митерева. Докладчик отмечает, что победа, одержанная советским здравоохранением в борьбе с инфекционными заболеваниями, требует дальнейшего глубокого изучения, так как она была одержана в условиях чрезвычайного эпидемического напряжения. Достаточно указать, что в то время как в Белоруссии до войны не было ни одного случая заболевания сыпным тифом, во время оккупации немцами в одном только Минске было зарегистрировано 758 случаев сыпного тифа.

3. Огромное значение в проблеме санитарных последствий войны имеет проблема воспроизводства населения. При изучении этого вопроса докладчик призывал особо критически относиться к цифровым данным. Нельзя, например, верить цифрам, говорящим о том, что в одном из районов Воронежской области детская смертность в 1940 г. равнялась 13,98°/о, а в 1944 г. — 2,8[п)]/о. Последняя цифра неправильна потому, что не учтен ряд моментов, играющих решающую роль, в частности, огромная миграция населения.

4. Материалы, которыми располагает докладчик, говорят о значительном снижении заболеваемости рабочих. Докладчик призывает к тщательной проверке и этих данных. Очевидно, здесь многое также не учтёно. Нет никакого сомнения, что перебазирование предприятий, тяжелые жилищно-бытовые условия, плохое питание и т. д. должны были повысить заболеваемость рабочих, и поэтому нужно с большой осторожностью относиться к оценке статистических данных. Докладчик особо подчеркивает необходимость тщательного изучения вопросов об охране труда и здоровья рабочих-подростков.

5. Изучение задач, стоящих перед санитарной организацией, которая должна практически разрешить такие важные вопросы, как проектирование восстанавливаемых жилищ, планирование новых и восстанавливаемых городов и сел и т. д.

6. Изучение социальных болезней — туберкулеза и сифилиса. Докладчик указывает, что нельзя рассматривать туберкулез только как инфекционное заболевание. Туберкулез есть заболевание и инфекционное, и социальное, и поэтому Министерство здравоохранения для борьбы с этим заболеванием намечает ряд социальных мероприятий. Жестокость и тупость, с какой фашисты проводили мероприятия по борьбе с сифилисом в оккупированных ими областях, не снижали заболеваемости, а лишь заставили больных упорно скрывать болезнь.

7. В проблеме санитарных последствий войны большое значение имеют вопросы питания. На фоне роста материального благополучия необходимо продолжать изучение организации общественного питания на научных началах. .

8. Наконец, последняя группа вопросов — разработка качественных показателей лечебно-санитарной сети. Восстановление этой сети идет вполне удовлетворительными темпами. В некоторых областях отмечается даже рост по сравнению •с довоенным временем. Необходимо стремиться, чтобы количественный рост сопровождался ростом качественным.

Резюмируя свое выступление, Н. Л. Семашко подчеркнул значение вопросов о лечении и трудоустройстве инвалидов Отечественной войны и необходимость тщательного изучения преступлений медиков фашистской Германии.

В заключение Н. А. Семашко призывал участников конференции в своих работах дать общую характеристику вопросов, на которых ои остановился в докладе, наметить соответствующие мероприятия и, главное, говорить и писать только правду.

В содокладе «Санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации в РСФСР» проф. В. Н. Рязанов отмечает, что восстановление довоенной численности населения началось в РСФСР уже с 1943 г. К факторам, влиявшим на повышение численности населения, докладчик относит освобождение оккупированных областей, реэвакуацию из союзных республик, репатриацию, демобилизацию нз Красной Армии. В тыловых областях рост населения на 12% выше, чем в областях, освобожденных от оккупации. Растет население в городах. В сельских же районах еще наблюдается убыль.

Докладчик отмечает также изменения, происшедшие в возрастном и половом составе населения, и подробно останавливается на вопросе о смертности за годы войны. За эти годы резко сократилась мертворождаемость, общая смертность даже в самый тяжелый период, который пережила страна,—1942 г. — лишь на 1% превысила довоенный уровень, а затем начала снижаться. Хуже обстоит дело со смертностью в освобожденных областях. Население еще далеко не оправилось от того урона, который нанесло ему временное хозяйничание немецких захватчиков.

Смертность от кори сократилась в 13 раз, от скарлатины — в 15, от дизентерии— в 2,7 раза и т. д. Смертность от тифов в областях, перенесших оккупацию, была в 2,25 раза выше, чем в областях тыловых.

Говоря о физическом развитии детского населения в РСФСР, докладчик отмечает, что показатели роста и веса, например, московских детей в 1943 г. были хуже, чем в довоенное время. В 1945 г. показатели эти стали вновь улучшаться.

Раны, нанесенные войной жилищному фонду, успешно залечиваются. Жилищный фонд в освобожденных областях быстро восстанавливается. Но в различных краях итоги различны. Если, например, в Ставропольском крае восстановлено 93% довоенного жилищного фонда, то в Смоленской области — лишь 18,9%.

Основными задачами санитарной организации докладчик считает скорейшее увеличение населения путем снижения смертности и повышения рождаемости и борьбу преимущественно с теми заболеваниями, которые увеличились в годы войны. Больше внимания следует уделить туберкулезу, пневмониям, аэрогенным инфекциям.

Доктор И. Ф. Попов (Воронежский облздравотдел) сделал доклад «Организация здравоохранения в Воронежской области в связи с санитарными последствиями войны». Фашисты-оккупанты причинили огромные разрушения хозяйству области, резко подорвали здоровье населения и способствовали значительному распространению венерических болезней и туберкулеза.

Облздравотдел проделал огромную работу по ликвидации последствий войны в области здравоохранения и добился определенных успехов. Сокращается общая смертность и смертность среди детей, количество инфекционных заболеваний и т. д.

Много внимания уделил Облздравотдел организации обслуживания инвалидов Отечественной войны. Подавляющее число их регулярно получает амбулаторно-поликлиническое и стационарное лечение.

Доктор Я. М. Фердинанд в докладе «О демографических сдвигах в Ростовской области в послевоенные годы» сделал анализ статистических данных о смертности и рождаемости.

Рождаемость в 1945 г. на 45% больше, чем в 1944 г. Одновременно отмечается интенсивное снижение общей смертности как в 1944, так и в 1945 г. Прирост населения в 1945 г. на 3,7% больше, чем в 1944 г. Тот факт, что тяжелые санитарные последствия войны изживаются быстро, доказывает, что одновременно с восстановлением экономики в освобожденных районах быстро растут ресурсы, которыми располагает медицинская организация Ростовской области.

Проф. А. Н. Рубакин сделал доклад «Изучение санитарных последствий войны в зарубежных странах». Санитарное положение капиталистических стран в результате осуществления германским фашизмом методов тотальной войны сильно ухудшилось. Гражданское население понесло громадные потери от военных действий, причем во многих странах эти потери превысили чисто военные потери.

В войну 1939—1945 гг. армии воюющих стран вступили гораздо лучше подготовленными и вооруженными в медицинском и санитарном отношении, чем в первую мировую войну. Поэтому заболеваемость и смертность в армиях были меньшими. От чисто военных действий армии капиталистических стран пострадали также меньше, во-первых, потому, что наши союзники меньше участвовали в войне, основная тяжесть которой легла на Советский Союз; во-вторых, применялся ряд новых лечебных средств, снижающих смертность от ран и болезней.

Характерными явлениями современной войны были хроническое, продолжающееся и сейчас, недоедание и голодание значительных масс населения в капиталисти-

ческих странах, передвижение огромных людских масс и связанное с этим увеличение заболеваемости и смертности и уменьшение рождаемости.

Такие инфекции, как холера, чума, не проникли в Европу, но отмечались на Дальнем Востоке, в портах и городах Китая.

Неблагополучно в Европе в отношении сыпного тифа. Очаг сыпного тифа за время войны перекинулся из Италии в Румынию. Отмечена была заболеваемость в Голландии, Бельгии и даже в Японии, где сыпиого тифа раньше не было.

Наиболее характерными инфекционными болезнями во время войны, по мнению докладчика, были дифтерия (а не грипп, как в первую мировую войну), дизентерия, малярия, которой до войны в Европе почти не было, за исключением Турции, Болгарии, Греции и Южной Италии, туберкулез и сифилис. Сейчас заболеваний туберкулезом в капиталистических странах больше, чем было после окончания первой мировой войны. Сильно распространились во всех воюющих и нейтральных странах венерические болезни.

Специальные органы по изучению санитарных последствий войны созданы далеко не во всех странах. Данные о санитарных последствиях войны публикуются в отдельных странах местными комитетами, а также комитетами тех международных организаций, которые сохранились от Лиги наций. Сведения о рождаемости, смертности и питании в разных странах и о заболеваемости собирает сейчас ЮНРРА, к которой перешли функции бывшей секции Лиги наций.

В докладе <0 медико-санитарном обслуживании инвалидов Отечественной войны» канд. мед. наук Я. Л. Гроссман отметил, что вторая мировая война дала значительно больше раненых, чем какая бы то ни было из прежних войн.

Изучив огромный материал, охватывающий почти 40% всех инвалидов Великой отечественной войны, докладчик установил, что в 91% случаев причиной инвалидности явились последствия ран и в 9%— последствия заболеваний.

10—15% инвалидов больны. остеомиэлитами. Среди заболеваний большое место занимают открытый туберкулез и язвенно-желудочные болезни.

В США первое место среди инвалидов занимают инвалиды с последствиями нейропсихических заболеваний (31,4°/о). инвалиды с дефектами конечностей составляют 17,%. В СССР инвалидов с дефектами конечностей — 56,9%.

Формы и методы обслуживания инвалидов Великой отечественной войны у нас еще далеко не совершенны и требуют глубокого изучения. Большинство инвалидов нуждается в помощи хирурга (восстановительная хирургия) и терапевта. По данным Мосздравотдела, 55% всех инвалидов нуждаются в лечении, причем из каждых 100 человек 30 требуют стационарной помощи, 30—амбулаторного лечения, 20 — протезно-ортопедического, 12—санаторно-курортного и 8 — полного социального обеспечения.

Докладчик подчеркивает необходимость изучения распределения инвалидов по отдельным республикам, так как только это позволит правильно планировать лечебную помощь для них. Необходимо также уточнить понятие «инвалид Отечественной войны», организовать учет инвалидов и решить вопрос об очередности лечения.

В связи с тем, что у 17,4% всех инвалидов ампутированы конечности, следует самое серьезное внимание уделить протезированию.

Действительный член Академии медицинских наук СССР проф. П. А. К У вшинников в докладе «Организация и методика изучения санитарных последствий войны по материалам обращаемости в лечебные учреждения» подчеркнул значение правильной постановки изучения заболеваемости населения при «решении столь важной задачи, как изучение санитарных последствий войны.

Канд. мед. наук Э. М. Гольд-Зильбер в докладе «Основные принципы организации борьбы с венерическими болезнями в послевоенный период» отметил рост заболеваемости венерическими болезнями в зарубежных странах. В СССР к началу Отечественной войны положение с распространением венерических болезней было совершенно иное, нежели в капиталистических странах. СССР находился в этом отношении в самом благоприятном состоянии. Так, в 1940 г. на 10 000 населения показатель равнялся 2,4. Такого низкого показателя мы не встречали ни в какой другой стране.

Варварские методы, с которыми фашисты в оккупированных районах боролись с венерическими болезнями, естественно, способствовали увеличению заболеваемости сифилисом, что неизбежно влияло и на распространение венерических болезней в близлежащих районах. Материалов, характеризующих распространение венерических болезней во время пребывания немцев в районах Белоруссии и Украины, очень мало, однако и по имеющимся данным рост венерических болезней за этот период очень велик. Так, в Ворошиловграде в 1940 г. было зарегистрировано 10 случаев, а в 1943 г. (за 7 месяцев)—176.

Докладчик привел данные массовых обследований населения 12 областей Белоруссии, где осмотру было подвергнуто *3%* млн. жителей. Среди них обнаружено 500 000 случаев чесотки. Подобное же обследование было проведено в Молдавской республике, где было обнаружено на 10 000 осмотренных 18,9% больных чесоткой.

Поголовным осмотрам подвергаются репатрианты, отправляющиеся на родину. Для профилактики венерических заболеваний все демобилизованные проходят медицинский осмотр и больные задерживаются для прохождения лечения.

Пятилетний план предусматривает полную госпитализацию всех больных заразными формами сифилиса, для чего, естественно, требуется увеличение коечной сети. Такое увеличение предусмотрено специальным постановлением Совнаркома СССР от 4.X1.1945 г.

Наблюдавшиеся затруднения с медикаментами в настоящее время менее ощутимы. Большие надежды возлагаются на пенициллин.

Очередными задачами докладчик считает: обеспечение профилактических мероприятий среди демобилизованных; привлечение эпидемиологов к борьбе с сифилисом, главным образом для наблюдения за своевременной госпитализацией острозаразных больных; повышение квалификации медицинского персонала в области лечения и распознавания венерических болезней; санитарное просвещение, которое в настоящее время проводится крайне недостаточно.

Проф. О. П. Молчанова в докладе «О санитарных последствиях войны в области питания» рассказала о работах Института питания. Важнейшими являются работы об усвоении белка организмом, о полноценности наиболее распространенных продуктов питания (в частности, хлеб, овощи, молоко), об обогащении этих продуктов кальцием и, 'наконец, о витаминизации пищи в широком значении этого слова.

Проф. Д. В. Горфин сделал доклад «О врачебно-санитарном законодательстве в борьбе с санитарными последствиями войны». Докладчик привел ряд постановлений правительства и НКЗдрава СССР и РСФСР, направленных к охране здоровья населения. К важнейшим директивам докладчик относит постановления СНК РСФСР о предохранении населения от эпидемий, о строительстве жилых домов для рабочих в районах, подвергшихся оккупации, о снабжении медикаментами этих районов. После окончания войны регламентация продолжается—намечены и проведены важнейшие мероприятия по оздоровлению репатриантов и демобилизованных, по борьбе с туляремией и т. д.

Доктор мед. наук С. Е. Гальперин в информационном сообщении изложил план первоочередных работ по изучению преступлений медиков фашистской Германии и призвал участников конференции включиться в эту работу, подбирать соответствующие документальные материалы на местах.

Подводя итоги конференции, действительный член Академии медицинских наук. Н. А. Семашко отметил, что конференция отразила работу по ликвидации санитарных последствий войны почти всех отраслей советского здравоохранения и что таким образом создан материал для обобщений опыта. Это — лишь первый этап.. Необходимо более углубленное изучение накопленных материалов.

★

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945 гг.) (Продолжение)[1]

IV. ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

1. Организация медицинской помощи раненым. Вопросы эвакуации и транспортные средства

Абрамов М., Медицинская помощь раненым партизанам, ВМЖ, май, 1944.

Агаджанян А. М., Медицинская помощь раненым в ротном участке, ВМЖ, сентябрь—октябрь, 1944.

Андреев Ф. Ф., Основные принципы военно-морской хирургии, в кн. Труды 2-й научной конференции эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 141—146, 1944.

Б а н а й т и с С. И., Конференция хирургов М-ского фронта, ВСД, 1—2, 1942.

Банайтис С. И., Лечение и эвакуация раненых на Западном фронте, в кн.. Труды 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., стр. 79—89, 1942. Для служебного пользования.

Белкин В. А., Медицинская помощь в партизанских отрядах, ВМЖ, май, 1941.

Бе ре ж и ан и Д. И. и Локтионов С. Д., Работа перевязочного блока в полевом подвижном госпитале, в кн. Труды ВМА Красной Армии, в. 29, М., стр. 55—64, 1941.

Берзин А, О., О медицинской карточке передового района, в кн. Сб. научных трудов Ленингр. красноарм. военного госпиталя, Л., стр. 185—191, 1942. Библиог.

Бурденко Н. Н., Советская военная хирургия в годы Великой отечественной войны, М., Московский рабочий, 23, 1 стр., 1946.

Б у я к о в Г. П., Опыт организации хирургической работы МСБ в особых условиях, в кн. Труды ВМА Красной Армии, т. 29, М., стр. 23—40, 1941.

Владимирова Е. Т., Вынос раненых из ротного района на батальонный медицинский пункт, ВМЖ, май, 1944.

Гарвин Л. И. и Могучий М. А., Автохирургический отряд. Из опыта работы во время советско-финляндской войны, М., Воениздат, 45 стр. и илл., 1941.

Гезунтерман П. Н., Импровизированная волокуша на конной тяге, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 437—438, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Геселевич А. М., Организация и характер первой помощи при хирургических микстах, изд. 1-е, М., Медгиз, 21 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии); изд. 2-е, М., 21 стр., 1941; изд. 3-е, М., 23 стр., 1943.

Геселевич А. М., Основные положения организации хирургической помощи в войсковом районе Красной Армии, Фельдшер и акушерка, 1, 1941.

Гирголав С. С., Военно-полевая хирургия в Великую отечественную войну, **'М.,** Медгиз, 118 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии). Для служебного пользования.

Гирголав С. С., Лечение раненых в войсковом, армейском и фронтовом районах, в ки. Труды 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М,, Медгиз, стр. 29—54, 1942. Для служебного пользования.

Г и р г о л а в С. С., Об объеме хирургической помощи на этапах эвакуации, ВСД, 3, 1942.

Гирголав С. С., Организационные мероприятия по оказанию помощи при ранениях, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 32—36, 1945.

Гирголав С. С., Работа хирургической секции 5-го пленума Ученого медицинского совета, в кн. Труды 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 128—140, 1942. Для служебного пользования.

Голдовский И. Д., Организация этапного лечения раненых ВМФ, Военно-морской врач, 1, 1944.

Голубева Е. Ф., Опыт работы центральной операционной специализированного госпиталя, Фельдшер и акушерка, 9, 1944.

Горбенко М. М., Операционная и работа в ней в войсковом районе (ДИМ **и** КПГ), Симферополь, 32 стр. с илл., 1941.

[1] См. №№ 1—2, 3, 4-5, 6, 7-8 и 9 МЖ 1946 г.

Г о р н н е в с к а я В. В., Борьба за быстрое выздоровление легко раненых, Фельдшер и акушерка, 6, 1944.

Гори невская В. В., Лечение легко раненых, Красная Звезда, 24, декабрь 1944.

Гориневская В. В., Организация помощи легко раненым, в кн. Труды 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 90— 97, 1942. Для служебного пользования.

Гориневская В. В., Организация хирургической помощи на этапах эвакуации, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени, М., стр. 29—44, 1942.

Гориневская В. В., Предмет военно-полевой хирургии и его содержание, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени, М., стр. 7—29, 1942.

Г о р к у н Н. Ф., Некоторые ошибки помощи на этапах санитарной эвакуации, в кн. Труды 1-й конференции урологов госпиталей НКЗдрава РСФСР и фронта, Л., стр. 179-183, 1945.

Гуревич М. М., Задачи первой специализированной хирургической конференции, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 9—10, Вильнюс, стр. 5—6, 1944. Для служебного пользования.

Гусев А. А., Доврачебная помощь и уход при ранениях с повреждением костей, Ташкент, Госиздат УзССР, 44 стр. с илл., 1942; М. — Л., Медгиз, 52 стр., 1941 (СУ Красной Армии).

Дудко Н. Е., Организация хирургической помощи раненым партизанам Украины, в кн. Труды 3-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР и РСФСР, М., стр. 64—67, 1944. Для служебного пользования.

Жоров И. С., Некоторые вопросы хирургической работы в дивизии, ВСД, 11, 1941.

Зворыкин И. А., Некоторые вопросы хирургического обеспечения войск в наступательных операциях фронта, в кн. Сб. работ по военной медицине 3-го Прибалтийского фронта, б. м., стр. 78, 1945.

Золковер А. М., Вынос раненых с поля боя, Фельдшер и акушерка, 9, 1941.

Куприянов П. А., Лечение и эвакуация раненых на Ленинградском фронте, в кн. Труды 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 64—79, 1942. Для служебного пользования.

Куприянов П. А., Некоторые вопросы организации хирургической помощи на Ленинградском фронте, ВМЖ, март, 1944.

Куприянов П. А., Хирургическая помощь во время боевых действий в Финляндии, Вестник хирургии им. Грекова, 2, 1941.

Куприянов П. А., Хирургическая работа во время боев в Финляндии. Доклад на 2-м Белорусском съезде хирургов, Новый хирургический архив, 49, 1—2, 1941.

Кутуков С. Н. и Старокадомский Л. М., Неотложная медицинская помощь на судах торгового флота в военное время, М., 64 стр. с илл., 1943.

Л и б о в Л. Л., Замечания об ампутациях, в кн. Сб. материалов и статей, № 2, б. м., Действующая армия, стр. 52—58, 1942.

Лукьянов Т. Т., Опыт хирургической работы ДПГ 1Ч-ской СД, в кн. Труды ВМА Красной Армии, т. 29, М., стр, 82—107, 1941.

Лукьянова Л. А., Организация операционно-перевязочного блока в хирургическом полевом подвижном госпитале, ВМЖ, 3—4, 1944.

Любимова, С переднего края. О выносе раненых с поля боя, ВМЖ,май, 1944.

Маслинковский Г. И., Хирургическая помощь в дивизии, ВСД, 5, 1941.

Метелица И. И., Опыт организации хирургической помощи 1Ч-ской дивизии в боях на р. Халхин-Гол, в кн. Труды ВМА Красной Армии, т. 29, М., стр. 3—27,1941.

Могучий М., Работа военфельдшера в перевязочной ПМП, Фельдшер и акушерка, 2, 1941.

Начальникам санитарной службы и главным хирургам фронтов, армий и округов. Начальникам и хирургам РЭП (Описание рационального устройства перевязочной), М., 4 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Николаев Г. Ф., Некоторые наблюдения хирурга в войсковом районе, Казанский медицинский журнал, 3, 1941.

Новотельное С. А., Современная организация военной ортопедии, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 14—22, 1943.

Об организации и работе «ОХО» из резервных ППГ, в кн. Опыт лечебной эвакуационной работы войсковых и армейских районов, б. м., Действующая армия, стр. 167, 1944.

Об организации лечения легко раненых и легко больных, ВСД, 1—2,1942.

Описание рационального устройства перевязочной, М., 4 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Организационные вопросы военно-полевой хирургии по Пирогову и их современное понимание, Хирургия, 6—7, 1941.

Орлов Г. А. и Елизаровский С. М., Доврачебная медицинская помощь раненому, Архангельск, Облгосиздат, 40 стр., 1941.

Очерки по военно-полевой хирургии, Тбилиси, 133 стр. с илл., 1943 {Государственный институт усовершенствования врачей Грузинской ССР, в. 12).
Павленко П. А., Организация хирургической помощи раненым в военно-морском госпитале, Военно-морской врач, 3, 1942.
Павленко П. А., Хирургическая работа медико-санитарной роты в Заполярье, Военно-морской врач, 2, 1945.
Папазян И. М., Задачи военно-полевого хирурга при наступательной операции, ВСД, 7, 1942.
Полозов Я. С., Из итогов полугодовой работы нейрохирургической группы ОРМУ, Вопросы нейрохирургии, 5, 1942.
Полтавский С., Умей вынести раненого с поля боя, М., Госиздат дет. литературы, 15 стр. с илл., 1942.
Попов В. И., Опыт организации хирургической работы в войсковом районе (по материалам войны с; белофиннами), в кн. Труды ВМА Красной Армии, т. 29, М., стр. 4—54, 1941.
Попов Г. М., Об организации хирургической помощи в системе медико-санитарной службы ПВО, Хирургия, 11—12, 1941.
ПучковА. С. и Нечаева А. М., Организация скорой помощи пострадавшим во время воздушных нападений, Советское здравоохранение, 1—2, 1942, Хирургия, 1—2, 1942.
Пытель А. Я., Первая помощь при ранениях и поражениях БОВ, Сталинград, Обл. книгоиздательство, 37 стр., 1941.
Ребельский И. В., О поведении медперсонала в операционной, ВСД, 7,1943.
Ребельский И. В., Поведение врача и сестры в операционной, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 9—10, стр. 241—256, 1944.
Р е й н б е р г Г. А., Надо активнее оперировать раненых в эвакогоспиталях, Хирургия, 7, 1943.
Решение 7-го пленума Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии по вопросу «Восстановительная хирургия», в кн. Труды 7-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгнз, стр. 137—138, 1944. Для служебного пользования.
Ровное А. С., Общая характеристика хирургической деятельности эвакогоспиталей МЭП за период с июля по октябрь 1941 г., в ки. Санитарная служба в Отечественной войне, б. м., стр. 80—82, 1943 (Северно-Западный фронт).
Р у т к е в и ч Н. Л., О необходимой травматологической аппаратуре для эвакогоспиталей и о рациональном ее использовании, Советская медицина, 8. 1941.
Рыб а сов В. А., Самопомощь и взаимопомощь в бою при ранениях, Новосибирск, Обл. Госиздат, 41 стр. с илл., 1942.
Семенова Н. В., Работа операционной сестры, М., Медгиз, 14 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии).
Сергеева Е., Руководство по оказанию первой медпомощи на судах военизированной флотилии, Астрахань, 9 стр., 1942.
Сл ухо вс кий М. И., Спасение раненых в бою, б. м., 38 стр. с илл., 1945 (Управление тыла 1-го Белорусского фронта ВСУ).
Смирнов Е. М., Организационные вопросы военно-полевой хирургии по Пирогову и их современное понимание, в кн. Н. Пирогов, Начала общей военно-полевой хирургии, ч. I, М.—Л., стр. ХЫП—ЫП, 1941.
Ставицкий, Указания по устройству и оборудованию перевязочной в МСБ, ХППГ и эвакогоспиталях, в кн. Труды лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, № 4, Курск, стр. 5—10, 1944.
Степаиский Г. А., Показания к! применению искусственного дыхания в районе роты и батальона в бою, ВСД, 8, 1941.
Табориcский М. Г., Объем и характер сортировочной работы в СЭГ, в кн. Труды лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, № 3, Курск, стр. 55—59, 1944. Для служебного пользования.
Третьяков А. Ф., Сроки лечения раненых Б эвакогоспиталях, М., Медгиз, 68 стр., 1943.
Углов Ф. Г., Объем и характер хирургической работы на ДМП, ВСД, 5, 1941.
Уманская Г., Авторитет сестры (в организации ухода за ранеными), Медицинская сестра, 7—8, 1944.
Ушаренко И. П., Опыт организационно-хирургической работы медико-санитарного батальона (дивизии), Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.
Федотов И. И., Первая помощь при ранениях, 2-е изд., М., Воениздат, 32 стр. с илл., 1941.
Филатов С. С., Условия и объем хирургической работы ПМП н ДМП на опыте войны с белофиннами, в кн. Сб. научных работ Московского коммунистического госпиталя, Горький, стр. 33—45, 1943.
Фрейдман С. Н., Вынос раненого с поля боя, Л., Медгиз, 31 стр. с илл., 1944.
Хилл Ч., Проблемы военной хирургии, Британский союзник, 6, 1942.
Шарашенидзе В. Н., Правильно организовать лечение раненых, В помощь медицинским работникам эвакогоспиталей, 2—3, 1942.

Шахбазян Е. О. и Мартынов Д. А., Хирургическая работа одного ППГ, "Хирургия, 9, 1942.

Шацкий А. В., Хирургическая работа в войсковой амбулатории, *Л.,* Медгиз, 159 стр., 1941.

Шевченко Н. А., Лечение и эвакуация раненых и больных в М-ской армии Южного фронта, в кн. Труды 5-го пленума УМС при начальнике ГВСУ Красной Армии, М., Медгиз, стр. 108—113, 1942. Для служебного пользования.

Шматиков М. Д., Вынос раненых с поля боя, М., Медгиз, 14 стр. с ллл., 1941 (ГВСУ Красной Армии и НКЗдрав СССР).

Шрайбер М. И., К организации хирургической помощи в войсковом и армейском районах, в кн. Труды совещания хирургов Волховского фронта 9—10 июня Л., стр. 28—33, 1942.

Шрайбер М. И., Хирургическое обеспечение двух армейских операций, ВМЖ, март—апрель 1944.

Шумкин В. Н., Особенности оказания помощи раненому на поле боя и эвакуация раненых и больных зимой, Медицинская сестра, 3, 1943.

Эскин И. А., Общие принципы хирургической работы в войсковом районе, Советское здравоохранение Узбекистана, 1, 1941.

Эдельман В., Организация госпиталей для легко раненых и хирургическая работа в них, в кн. Труды совещания хирургов Волховского фронта 9—10 июня Л., стр. 34—38, 1942.

Энгельман А. Г., Преимущество радикальной операции по щадящему способу акад. В. И. Воячека, в кн. Сб. научных работ, М., стр. 53—66, 1945 (Главный военный госпиталь Красной Армии).

2. Общая характеристика повреждений и их диагностика

Балакина В. С., Случай ранения зажигательными пулями, в кн. Научные труды госпиталей, в. 1, М., стр. 36—37, 1942.

Бер С. В., Фистулография с контрастной эмульсией, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, Свердловск, стр. 109—112, 1942 (Материалы научных работ эвакогоспиталей УралВО).

Билюк М. И., Микрогематурия при военных травмах, в кн. Вопросы военной терапии, Новосибирск, стр. 142—143, 1943.

Вайль С. С., Материалы по патологической боевой травме, Киров, Военно-морская академия, 135 стр. с илл., 1943 (МСУ ВМФ Военно-морской медицинской академии).

Вайль С. С., О некоторых ошибках диагностики поражений, вызванных боевой травмой, Военно-морской врач, 4, 1942.

Вайль С. С., Характеристика боевой травмы и ее осложнений по материалам Великой отечественной войны, Военно-морской врач, 3, 1942.

Вейнберг И. С., О лечении пролежней орошением инсулином, Вестник хирургии, 65, 2, 1945.

Василенко Ю. В., К клинической характеристике поражений сосудисто-нервного пучка, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. XII, Тюмень, стр. 286—306, 1943.

Вограл ик В. Г., Об общей реакции организма на военную травму и ее осложнения, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, стр. 135—138, 1944.

Вограл ик В. Г., Очерк функциональной патологии боевой травмы, Томск, 38 стр., 1944 (Томский государственный мед. институт им. В. М. Молотова).

Вольфензон Л. Г., Опыт приложения цитологического метода в определении прогноза гнойного процесса при фаготерапии, Хирургия, 6, 1944.

Гершкевич И. О., Фистулография, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 249—250, 1943 (САВО).

Гершуни Г. В., О действии ударной волны на организм, Военно-морской врач, 1, 1944.

Геселевич А. М., Границы областей тела в топографической анатомии и определение локализации военных повреждений, Вестник хирургии, 62, 3, 1941.

Гордон З. А., К вопросу о поражениях внутренних органов при воздушных контузиях, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 420—422, 1943.

Гориневская В. В., Диагностика повреждений, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени, М., Медгиз, стр. 44—65, 1942.

Иванов К. С., Об антескапулярных абсцессах, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 1, М., Медгиз, стр. 60—62, 1944.

Ивановский Г. А., Роль каски при огнестрельных ранениях головы, в кн. Сб. научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 104, 1941.

Ильина, Биологический метод лечения хронического огнестрельного остеомиелита, в кн. Сб. научных работ эвакогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 68—70, 1945.

Кер опи ан К., 1. Травма, ее определение и классификация. 2. Определение и классификация ранений. 3. Раневая инфекция и ее признаки. 4. Заживление военно-полевых ранений, Краснодар, 30 стр., 1941.

Куприянов П. А., О классификации ран и ранений, в кн. Труды эвакогоспиталей Ленинграда системы ФЭП-50, № 2. Вопросы военно-полевой хирургии, Л., стр. 5—11, 1943.

Л е в и Я. Л., Торпидные язвы после огнестрельных ранений и их лечение, в кн. ■Сб. научных работ эвакогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 75—85, 1945.

Л о р с е н-Э п ш т е й н М. Ю., Терапевтическое и диагностическое значение анестезии одних органов при поражении других эволюционно-генетически родственных первым, Хирургия, 5, 1941.

Мирельзон Л. А., О своеобразии нарушений эффективности при закрытых травмах, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 417—419, 1943 (САВО).

Михеев В. В., Синдром посттравматического повышения кровяного давления, Невропатология и психиатрия, 6, 1942.

Михельсон Н. М., Анодактильная (беспальцевая) работа хирурга, Хирургия, 7, 1942.

Нестеров А. И., Медицинские показания к применению комплексной терапии военио-травматических поражений и основные лечебные прописи, в кн. Сб. научных работ эвакогоспиталей, М., Медгиз, стр. 32—39, 1942.

Нильсон Е. А., О вегетосиндромах при военных травмах, Клиническая медицина, 23, 4—5, 1945.

О р б е л и Л. А., Роль вегетативной нервной системы в патогенезе боевых травм, в кн. Военно-медицинский сборник, II, М.—Л., стр. 3—9, 1945.

Орлов Г. А., Доврачебная медицинская помощь раненому, Архангельск, 38 стр, 1941.

Петров Н. Н., Диагностическая методика при ранениях Н инородные тела, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 46—62, 1945.

Петров Н. Н., Мероприятия при ранениях отдельных частей тела, в кп. Лечение военных ранений, Л., стр. 224—248, 1945.

Петров Н. И., Принципы диагностической методики при ранениях, в кн. Лечение ранений на войне, изд. 6-е, Л., стр. 56—68, 1942.

Поторжинекий И. И., Надключичные и подключичные инфильтрации новокаина как метод ваго-симпатической блокады. Предварительное сообщение. Хирургия, 2, 1945.

Прокофьев П. И., Методика обследования пострадавших при военных травмах, Л., НКЗдрав СССР, 29 стр., 1943.

СерийскийМ. Я., К проблеме «органического» и «функционального» в трудных диагностических случаях военных травм, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 403—407, 1943.

Струков А. И. и Н а б а л ь т А. С., Патоморфология травматического остеомиэлита в разных отделах скелета, в кн. Сб. научных работ эвакогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 35—43, 1945.

Х а й ц и с Г. М., К казуистике огнестрельных ранений (доклад), Протоколы хирургического общества им. Пирогова, Ленинград, 28 мая 1940 г., Вестник хирургии, 01, **, I 4 .

Х р у л е н к о М. К., Из опыта работы полкового медицинского пункта, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., Медгиз, стр. 31—37, 1943.

Ш а б а д Л. М., О некоторых трудностях в ошибках диагностики в тыловых госпиталях, в кн. Сб. работ санитарной службы СибВО, 2, М., стр. 364—372, 1943.

Ш а р и н И. Т., К вопросу о диагностике острого аппендицита, в кн. Сб. научных работ, М., стр. 34—38, 1945 (Главный военный госпиталь Красной Армии).

Ш и п а ч е в В. Г., Одежда бойца в характеристике огнестрельных пулевых ранений, Хирургия, 8, 1942.

Шулутко Л. И. и Гольдштейн Л. Е., Диагностическая ценность фистулографии в клинике травм военного времени, в ки. Военно-медицинский сборник, № 1, М.—Л,, стр. 129—136, 1944. Казань, 16 стр., 1943 <В помощь госпитальному врачу, в. 3). Рец., Госпитальное дело, 7—8, 1944.

3. Асептика и антисептика

Абдрашитова М., Подготовка рук хирурга к операции, Госпитальное дело, 12, 1944.

Ага А. Б., Большой стерильный пакет для лапаротомии и больших операций, Хирургия, 10, 1942.

А и те лава П. В., История антисептики и асептики, в кн. Очерки по военно-полевой хирургии, ч. I, Тбилиси, стр. 3—8, 1943.

Антелава П. В., Подготовка рук хирурга, в кн. Очерки по военно-полевой хирургии, ч. I, Тбилиси, стр. 39—45, 1943.

Антелава П. В., Современное состояние вопроса обеззараживания рук хирурга и операционного поля, Фельдшер и акушерка, 7, 1942.

Антисептика, асептика, обезболивание, переливание крови, шок, Тбилиси, Грузмедгиз, 131 стр., 1943. <

Баренбаум М. А., О холодной стерилизации хирургического инструментария бактерицидом проф. Збарского, Хирургия, 23, 1939.

Бердичевский Г. А., Новый метод подготовки рук хирурга, Госпитальное дело, 1—2, 1945.

Блинов Н. И., Обработка операционного поля спиртовым раствором формалина, в кн. Ленинградский институт усовершенствования врачей, Сб. научных работ института за год Отечественной войны, Л., стр. 48—50, 1942.

Блюмин И. Ш., Обработка кетгута пантоцидом, ВСД, 5, 1941.

Бродоский В. Б., Быстрый способ обработки рук хирурга в войсковом районе, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, I, Свердловск, стр. 136—138, 1942.

Бурденко Н. Н., Письма хирургам фронтов **о** пенициллине, **М.,** 68 стр. **с** черт., 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Б у з ы ч к и н В. П., Бесспиртовая обработка рук таннинсулемовым раствором, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 445—446, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Иванов С. П., Обработка операционного поля 7% спиртовым и Ю'/о водным раствором формалина, в кн. Алиментарная дистрофия и авитаминоз, Л., стр. 125—131, 1944.

К а г а н М. И., Экономия нашатырного спирта и мыла при мытье рук хирурга, в ки. Сб. рационализаторских предложений эвакогоспиталя ПЭП-122 и фронтового МЭП-99, Рига, стр. 31, 1945.

Каплун Э. М., Химическое обеззараживание перчаток раствором формалина, Акушерство и гинекология, 3, 1941.

Кочергин И. Г., Подготовка рук хирурга и операционного поля, М., Советская наука, 112 стр., 1941. Библиогр.

Красильников Н., Сахаров П., Новый биологический антисептик—аспергиллии, Медицинский работник, 24.IV. 1945.

Краузе П. И., Сверхскоростной химический метод стерилизации кетгута, Хирургия, 7, 1943; Советская медицина, 9, 1943.

К ротов и ч Н. И., Обеззараживание хирургических инструментов, Медицинская сестра, 3, 1945.

Лейбфейд Е. Л. и Старобинец Г. М., Бактериальная обсемененность перевязочных и операционных медсанбатов и полевых подвижных госпиталей. Предварительное сообщение, ВСД, 10, 1942.

Маневич А. А., Асептика, в кн. Очерки по военно-полевой хирургии, ч. I, Тбилиси, стр. 30—39, 1943.

■ Медведев И. Д., О новых биологических и растительных антисептиках, Ветеринария, 7, 1944.

М ы ш Д. В., Бесспиртовая предоперационная подготовка рук, в кн. Сб. рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП-122 и фронтового МЭП-99, б. м., стр. 32, 1945.

Пиихелаури Г. З., Современные антисептические средства, в кн. Очерки по военно-полевой хирургии, ч. I, Тбилиси, стр. 9—29, 1943.

Полунский В. Б., К вопросу о холодной стерилизации перчаток, в кн. Санитарная 'служба в Отечественной войне, I, М., стр. 106—107, 1943. Для служебного пользования.

Полунский В. Б., Стерилизация перчаток холодным способом (тройным раствором), в кн. Сб. рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП-122 и фронтового МЭП-99, б. м., стр. 32, 1945.

Поповский А., Во имя жизни (Новый метод обработки ран хирурга Вишневского), Новый мир, 3—4, 1942.

Розенфельд О. Г., Быстрый и простой способ приготовления шелка и кетгута по методу доц. Васильчука, Фельдшер и акушерка, 9, 1941.

Рябов П. И., Стерилизованный агрегат «СП», ВСД, 3, 1941.

С к о р и и И., Обеззараживание хирургических перчаток при помощи препарата «неопантоцид», ВСД, 9, 1941.

Соколов О. А., Быстрый способ обработки рук хирурга, Вестник хирурпш им. Грекова, 6, 64, 1944.

Соколов О. А., Способ быстрой стерилизации конского волоса, Вестник хирургии им. Грекова, 9, 64, 1944.

Соколов О. А., Способ обработки рук хирурга водным раствором иода, Военно-морской врач, 3, 1, 1944.

Соколов О. А., Стерилизация шелка водным раствором иода, Госпитальное дело, 1—2, 1945.

Соколов О. А., Ускоренная методика стерилизации кетгута, Госпитальное дело, 5—6, 1943.

Стельмашонок И. М., Новый способ обработки рук хирурга, Госпитальное дело, 1, 1943.

Уманская В. П., К методике испытания антисептического и бактерицидного действия малорастворимых соединений, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 1, М., Медгиз, стр. 137—138, 1944.

Федорович Д. П,, Экспериментальное исследование действия цефироля при холодной стерилизации перчаток и инструментов, Госпитальное дело, 12, 1944.

Циркуненко К. М., Стерилизация рук при хирургической работе в военное время, Фельдшер и акушерка, 5—6, 1943.

Ш а ф и р А. И., Показатели санитарно-микробиологического исследования воздуха хирургической операционной в зависимости от использования масок персоналом, Военно-морской врач, 8, 1, 1944.

Эфросман М. А., Дальнейшие наблюдения над применением шелка 30-минутной стерилизацией без кипячения. Сообщение II, Хирургия, 2, 1941.

Юнацкая Т. К., Способ кипячения хирургического инструментария, ВСД, I, 1943.

4. Обезболивание

Абиев М. Д., Эфирно-масляное инъекционное обезболивание на материале военного времени, в кн. Инъекционный эфирно-масляный наркоз, в. 3, Баку, стр. 175—'180, 1942.

Аксельрод Ю. В., Прямокишечный нарколановый наркоз, Хирургия, 9, 1942.

Ар а п о в Д. А., Интраабдоминальный гексеналовый наркоз, в кн. Анналы Института Склифосовского, т. 3, М., стр. 120—123, 1942.

А р ш б а С. Я., Обезболивание в условиях военного травматизма, в кн. Очерки по военно-полевой хирургии, ч. I, Тбилиси, стр. 61—81, 1943.

Ахундова Н., Сравнительная оценка влияния на внутренние органы инъекционного эфирно-масляного обезболивания по Топчибашеву и ингаляционного эфирного наркоза, в кн. Инъекционный эфирно-масляный наркоз, в. 3, Баку, стр. 144—474, 1942.

Ахутий М. Н., Обезболивание в войсковом районе, ВСД, 9, 1941.

Б арен ба ум М. А., Опыт применения обезболивания охлаждением снегом в войсковом районе, в кн. Труды группы № 1 по изучению шока, б. м., Действующая Армия, стр. 364—371, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

Бейлин П. В., Внутривенный алкогольный наркоз, Хирургия, 4, 1943.

Беккерман Л. С. и Неймарк И. И., Анестезии поперечного сечения при ранениях и травмах, Советская медицина, 4, 1941.

Березин И. Ф., О внутривенном гексеналовом наркозе, Советское здравоохранение Туркмении, 1—2, 1941. Библиогр.

Борштенбиндер В. М., Местное обезболивание смесью новокаина с содой, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 444—445, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

В а й с б л а т С. Н., Местная анестезия в военно-челюстной травматологии, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 265—270, 1943 (САВО).

В а й с б л а т С. Н., Орбитальный путь крылонебной анестезии, Стоматология, 3, 1944.

Верховская Е. В., К практике внутривенного алкогольного наркоза, в кн. Сб. научных работ М-ского эвакогоспиталя. Горький, стр. 74—76, 1943.

Вишневский А. А., Местное обезболивание в условиях войскового района, М.—Л., 31 стр., 1941.

Вишневский А. В., Местное обезболивание и лечение ранений в условиях военного времени, Архив биологических наук, 61, 1941. Советская медицина, 1, 1941.

Вишневский А. В., Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата, изд. 3-е, М., 328 стр., 1942.

Второе совещание по вопросам местного обезболивания и лечения ран по методу проф. Вишневского, 28—29.X.1940, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.

Выренков Е. Я., Опыт местного комбинированного новокаинтгексеналового обезболивания по Кривороту, Госпитальное дело, 9, 1944.

Галкин В. С., О наркозе (новые экспериментальные материалы), Киров, 234 стр., 1944 (Военно-морская медицинская академия). Библиогр.

Г е в а р к я и И. Х., Опыт дикаиновой анестезии в хирургии, в кн. Известия Ереванского мед. института и медицинского общества Армении, б. м., стр. 142—149, 1944. Библиогр.

Герцберг В. Г., О внутримышечном наркозе гексеналом при хирургических операциях, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.

Гиленко М. М., Вводимый гексеналовый наркоз рег оз, Хирургия, 7, 1942.

Гранов Л. Г., Влияние эфирно-масляного наркоза на организм, в ки. Инъекционный эфирио-масляный наркоз, Баку, стр. 20—36, 1942.

Григорьев И. В., О гексеналовом наркозе, Советское здравоохранение Туркмении, 1—2, 1941. Библиогр.

Губарева Н. А., К физиологии нового анестезирующего вещества — конвокаина, в кн. Сб. научных трудов Башкирского государственного мед. института, т. 5, б. м., стр. 109—119, 1943.

Гуков А. П., Внутривенный алкогольный наркоз, в кн. Сб. научных трудов военно-морских врачей, в. 1, М.—Л., Военмориздат, стр. 24—28, 1944, Хирургия, 6, 1944.

Гургенидзе Г. И., Гексенал и его применение в М-ском эвакогоспитале Военно-Морского флота, в кн. Сб. научных трудов военно-морских врачей, в. 1,, М.—Л., Военмориздат, стр. 19—34, 1944.

Данович Ф. М., Комбинированный гексенал-газовый наркоз, в кн. Сб. научных трудов военно-морских врачей, в. 1, М.—Л., Военмориздат, стр. 15—19, 1944.

Дмитриев В. Б. и Рабинович М. А., Обезболивание в условиях медсанбата, в кн. Санитарная служба в Отечественной войне, М., стр. 94—100, 1943 (Опыт работы врачей Северо-Западного фронта, в. 1).

Добрин В. Б., Об осложнениях после местной анестезии дикаином, Хирургия,. 3—4, 1942. Библиогр.

Дубовин Н. Г., О применении раствора сернокислой магнезии для местной-анестезии, Советская медицина, 11—12, 1943.

Егоров А. Н. и Павленко С. И., О применении щелочного раствора новокаина для местной анестезии при хирургических вмешательствах, в кн. Сб. работ санитарной службы СибВО, в. 2, б. м., стр. 165—167, 1943 (СибВО).

Е ж ков И. Ф., Капельный метод гексеналового наркоза при шоке, Хирургия, 5» 1945. 11

Е л и з а р о в с к и й С. И., К оценке методов анестезии звездчатого| узла, Хирургия, 5, 1941.

Еолян Р. О., Местная инфильтрационная анестезия совкаином и дикаином. Хирургия, 5, 1941. Библиогр.

Ефимов Н. И. и Пестовский И. Я-, Фармакологическое исследование 2-амино-4-метил-5-карбэтоксатиазола на анестезирующие свойства, Фармакология и токсикология, 7, 1944. Библиогр.

З а б л о ц к а я С. А., Опыт применения гексеналового наркоза, в кн. Санитарная служба в Отечественной войне (Опыт работы врачей Северо-Западного фронта, в. I), М., стр. 100—106, 1943.

Зангиев Т. Х., Обезболивание при газовой гангрене, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 107—108, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Злотников Д. М., Анатомические обоснования эпидуральной анестезии по Бахмен, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941. Библиогр.

Капиле вич В. Н., Обезболивание в войсковом районе, в кн. 1-я научная медицинская конференция 1Ч-ской армии, б. м., стр. 67—68, 1943. Для служебного пользования.

Каратыгин Б. И. и Калябина Е. И., Об обезболивающем действии лидола, Клиническая медицина, 21, 10—11, 1943.

Карелии В. М., Действие эйкодала как болеутоляющего средства, Врачебное дело, 5—6, 1945.

К е м т е р Г. С., Дикаин как средство для местного обезболивания в хирургии,. Советская медицина, 2—3, 1943.

К л и о н с к и й И. Б., Наш опыт применения внутривенного морфиногексеналового наркоза, Хирургия, 6, 1944.

Коген А. Л., Алкогольный внутривенный наркоз, в кн. В помощь госпитальному врачу, Горький, стр. 18—20, 1942.

Коген А. Л., О внутривенном алкогольном наркозе, Госпитальное дело, 6,1944.

Кочергин И. Г., Внутрикишечный гексеналовый наркоз, Предварительное сообщение, Хирургия, 10, 1944.

Куватов Г. Г., Механизм действия анестетиков, Вестник офталмологии, X—XI, 3-4, 1941.

Кузнецов И. В., Местная инфильтрационная анестезия в гнойно-воспаленных тканях, в кн. Сб. материалов и статей, № 5, б. м., стр. 63—66, 1943. Для служебного пользования.

Кукин Б. А., Гексеналовый наркоз в хирургической практике, Медицинский журнал БССР, 1, 1941.

Лобачев С. В., Охлаждение тканей как метод обезболивания для ампутации конечностей |(предварительное сообщение), Хирургия, 2, 1944.

Малинин А. И., Усовершенствование метода и техники спинномозговой анестезии, Здравоохранение Казахстана, 7—8, 1943.

Маневич А. А., Футлярная анестезия при лечении переломов предплечья, Архив биологических наук, 4, 1941.

Мацуев И. Е., Морфийное обезболивание при черепно-мозговых ранениях, Хирургия, 7, 1944.

Меркулов Д. И., Внутривенное введение морфина как обезболивающее средство при активной обработке ран, в кн. Анналы Института Склифосовского, т. 3, кн. 1, б. м., стр. 124—129, 1942.

Меркулов Л. Н., Морфино-новокаиновое обезболивание при огнестрельных, ранениях черепа, Вопросы нейрохирургии, 8, 8, 1944.

Мнацаканов И. И., Об инъекционном эфирно-масляном наркозе по Топчибашеву, в. кн. Инъекционный эфирно-масляный наркоз, в. 3, Баку, стр. 123—143, 1942.

Могучий М. А., Вопросы обезболивания в войсковом и армейском районах,., в кн. Сб. материалов и статей, № 2, б. м., Действующая Армия, стр. 58—64, 1942.

Могучий М. А., Гексеналовый наркоз в клинике и эксперименте и его значение в военное время, в кн. Сб. материалов и статей, № 5, б. м., стр. 18—56, 1943. Для служебного пользования.

Мухадзе Г. М., В защиту спинномозговой анестезии, в кн. Анналы Института Склифосовского, т. 3, кн. 7, М., стр. 112—119, 1942.

Нагнибеда Н. И., Внутривенный морфино-гексеналовый наркоз в практике-военно-полевой хирургии, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 9, Л., стр. 16—21, 1943.

Нечепаев С. К., Местная анестезия предельно слабыми растворами дикаина. Советская медицина, 2—3, 1943.

Новолодский Л. П., Местное обезболивание в неотложной хирургии» Здравоохранение Казахстана, 7—8, 1943.

Общий наркоз в полевых госпиталях Испании во время последней войны, в кн. Сб. переводов из иностранных военно-медицинских журналов, б. м., стр., 51—52, 1941.

П а р и н а Г. А., Местная анестезия совкаином в восстановительной хирургии,.. Хирургия, 1, 1945.

Певзнер И. Л., Проводниковая анестезия п. 8р1апсЬп1с1, Хирургия, 3, 1941.

Певнев Б. М. и Шварцгорн Б. М., Опыт применения дикаина в хирургической практике, в ки. Сб. научных трудов военно-морских врачей, в. 1, М.—Л., стр. 29—30, 1944.

Певцов Б. Э., О новом в механизме действия новокаиновой анестезии, Хирургия, 1, 1945.

Перельман И. М. и Бронштейн В. С., Наш опыт применения совкаина для местной и спинномозговой анестезии, Новый хирургический архив, 48, 3, 1941, Библиогр.

Петров Д. Г., Опыт применения длительного гексеналового наркоза, в кн. 2-я научная конференция (тезисы докладов), Куйбышев, стр. 26—27, 1941 (КВМА).

Петров И. Р., Опыт применения дикаина в хирургической практике, в кн.: Медицинский бюллетень, б. м., стр. 30, 1942 (Иркутский мед. институт).

Плисак О. Г. и Сосонкин 3. С., Опыт клинического применения совкаина для местной анестезии, Хирургия, 5, 1941.

По доп ие в П. А., О наркозе. Новые экспериментальные материалы, Военно-морской врач, 2, 1945.

Положение о наркотизаторах из среднемедицииского персонала, 19.X.1940, Больничное дело, 1, 1941.

Попов В. И., Обезболивание в войсковом районе, Вестник хирургии им. Грекова 61, 2, 1941.

Протасевич А. В., Внутримышечный гексеналовый наркоз, Хирургия, 1—2, 1942. Библиогр.

Протасевич А. В., О гексеналовом наркозе, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.

Протопопов С. П., Местное обезболивание при ранении конечностей, Архив биологических наук, 10—11, 1941.

Пшеничников В. И., Местная анестезия при огнестрельных ранениях живота в войсковом районе, Советская медицина, 6, 1943.

Пшеничников В. И., Местное обезболивание и маслянобальзамическая повязка проф. А. В. Вишневского, Фельдшер и акушерка, 5, 1941.

Рабинович М. А., Обезболивание в условиях медсанбата, в кн. Санитарная служба в Отечественной войне, М,, стр. 84—99 (Опыт работы врачей Северо-Западиого фронта, в. 1) (ГВСУ Красной Армии). Для служебного пользования.

Рабинович В. К. и Данович Ф. М., Опыт применения кратковременного гексеналового наркоза, в кн. Сб. научных трудов военно-морских врачей, в. 1,М.—Л., стр. 12—15, 1944.

Радушкевич В. П., Опыт 1гексеналового капельного наркоза растворами слабой концентрации при длительных хирургических вмешательствах, в кн. Труды Новосибирского государственного медицинского института усовершенствования врачей, Новосибирск, стр. 43—50, 1942.

Р а ч е к П. М., Внутривенный алкогольный гексеналовый наркоз, Хирургия, II, 1944, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 443—444,. 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Ра Че к П. М., Заметка об алкогольно-гексеналовом наркозе, ВМЖ, 11—12, 1944.

Российский Д. М., Хлорэтилиденометиленовый наркоз. Хирургия, 2, 1945; Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 9, 1942.

Р у х м а и А. Е., Характеристика обезболивания по опыту ДМП, в кн. Сб. материалов и статей, № 5, б. м., стр. 51—57, 1943. Для служебного пользования.

Синиченко П. Г., О внутримышечном наркозе гексеналом, Хирургия, 1, 1943.

Скворцов И. Г., Дикаин для местной инфильтрационной анестезии в слабых концентрациях, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, в. 3, Красноярск, стр. 419—423, 1944 (СибВО).

Соломинский С. И., К вопросу о методике внутривенного введения тексенала, Военно-морской врач, 2, 1944.

С о с о н к и н 3. С. и П л и с а к Г. О., Дикаин и совкаин в хирургической практике, Медицинский журнал БССР, 1, 1941.

Сосонкин 3. С. и Плисак Г. О., Опыт применения дикаина в хирургической практике, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941.

Степанов М. М., О местной анестезии раствором новокаина с содой по Цкименаури, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 1, М., стр. 186—187, 1944 (ГВСУ Красной Армин).

Т о х и я н А. Д., Наши наблюдения над применением эфирно-масляного наркоза по методу проф. Топчибашева (при операциях над ранеными бойцами), в кн. Инъекционный эфирно-масляный «аркоз, в. 3, Баку, стр. 72—77, 1942.

Углов Ф. Г., Обезболивание в войсковом районе, в кн. Сб. научных работ института за второй год Отечественной войны, Л., стр. 134—138, 1944 (Институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

Угрюмое В. М. и Березина М. П., О применении местного и регионарного электрообезболивания в практике нейрохирургии, Вопросы нейрохирургии, 8, 3, 1944.

Украинская Н. И., Гексеналовый наркоз рег оз, Хирургия, 3, 1941.

Федореев А. С., Внутривенное введение морфия как добавочное к обезболиванию в войсковом районе, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армии, в. 2, Л., стр. 46—47, 1943. ,

Флоренский Н. Д., Наркоз пронарконом в амбулаторной работе хирурга, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941.

Ф р а й и е л ь д Я. А., Опыт применения спинномозговой анестезии в ортопедической практике, Ортопедия и травматология, 3, 1941.

Фридланд Е. М,, Новые данные о местной анестезии и наркозе, Фельдшер и акушерка, 7, 1942.

Фукс Б. М., О некоторых новых методах обезболивания, в кн. 2-я научная конференция. Тезисы докладов, Куйбышев, стр. 24—26, 1941 (КВМА).

Хавкин Л. С., Внутримышечный гексеналовый наркоз, Госпитальное дело, 11—12, 1943.

Хавкин Л. С., Пронарконовый наркоз при кратковременных операциях, Хирургия, 5, 1941.

Цкиманаури Г. А., Новое видоизменение метода обезболивания кокаиновыми препаратами при хирургических операциях, в кн. Сб. трудов, посвященных В. В. Воронину, Тбилиси, стр. 333—336, 1941. Библиогр.

Цкиманаури Г. А., Новое видоизменение метода местного обезболивания новокаином, Фармакология и токсикология, 4, 2, 1941.

Цирулик Г. Л., Применение дикаина для местной анестезии, Краткое сообщение, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941.

Черпаков Б. М., Местное обезболивание совкаином, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 1, 1941.

Шатунов П. Г., Внутривенный алкогольный наркоз, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 5, 1944.

Шлапоберский В. Я. и Глезер М. Ю., Анестезия плечевого сплетения на шее, Хирургия, 7, 1943.

Эдельштейн Г. Л. и др., Анестезия поперечного сечения при операциях на конечностях по данным ЦГТИ, Вестник хирургии им. Грекова, 65, 1, 1945.

Эскин И. А., Новый метод гексеналового наркоза с помощью переливания крови, Хирургия, 6, 1944.

Эфендиева И., Влияние эфирно-масляного наркоза при подкожном впрыскивании на организм, в кн. Труды Азербайджанского государственного университета им. Кирова, т. 2, в. 2, б. м., стр. 95—102, 1941.

Юдин С. С., Хирургическое обезболивание льдом для ампутации конечностей, 21 стр., 1943.

Юдин С. С., Хирургическое обезболивание льдом для ампутации конечностей, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 6, 1944; ВМЖ, январь—февраль, 1944. Военно-морской врач. 3, 1944.

Яриц ни А. А., Опыт применения анестезии плечевого сплетения, в кн. Сб. материалов и статей, № 5, б. м., стр. 58—62, 1943. Для служебного пользования.

(Продолжение следует)

Кандидат мед. наук Л. М. Сере д-
н и ц к и й. Новый ретрактор 41
Капитан мед. службы Д. Е. Джемс-
Д е в и. Примитивная капельница..... 44
Ф. Д. Колесник. Портативный ящик для хранения и транспортировки консервированной крови и сывороток..... 45

В УЧЕНОМ МЕДИЦИНСКОМ СОВЕТЕ ПРИ НАЧАЛЬНИКЕ ГВМУВС СССР

Хроника совещаний стоматологической, урологической и гинекологической подсекции хирургической секции 46

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

В президиуме Академии медицинских наук СССР..... 51

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. М а-
каров. Библиография по военной медицине за годы Отечественной войны (1941—194.)) . . 55
Саиб, 1п глеб. 8е1.А. М. 8 е г е д п 1-
15 к 1 А \'е\у КеиасЮг **44**
Сар1а1п В Е. Л а ш е в-Ь с V у. А 81т-
р!е Вгоррег..... 44
Е. В. К о 1 е Б п 1 к. А РопаЬІе Сазе
Гог Кеер1п§ апд ТгапзроПаНоп
о! Роо1ед В1оод апд Зега ... 45

*ЕРОМ ТНЕ 8С1ЕИТП1С МЕИ1-
САЕ СОЦИС1Е ЦИПЕР ТНЕ
И1РЕСТОР СЕИЕРАЬ ОЕ ТНЕ
МЕИ!САЕ ИЕРАРТМЕИТ ОЕ
АРМ Ей ЕОРСЕ8 ОЕ ТНЕ О88Р*

Сйгоп1с1е о! 31ота1о1о$;1са1, Пго1о^1-
са1 апд Оупесо1о§1са1 Соп(егеп-
сезо! Иге 8иг§1са1 Зесйоп ипдег
1йе Зиг§1са1 Верайтеш ... 46

*АТ МЕЫСАЕ 80С1ЕТ1Е8 АЦИ
ОИ 8С/ЕИТ/Е1С С0ИЕЕРЕНСЕ8*

1п Нге Рге31д1ит о! Иге Акадету
о! Мед1са1 8с1епсезо(1Не С^88К. 51

В1ВЫ00РАРНТ

Со1опе1 1 В. Мака г о у. В1Ы1о§га-
рЪу оп 'Л'аг Мед1сше 1п Иге Ра-
1ГЮ11С АУаг 1941 -1945 .... °5 _

★

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

11

НОЯБРЬ

МЕДГИЗ · 1946

СОДЕРЖАНИЕ

, Николай Нилович Бурденко | . . 3

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Полковник мед. службы проф. Б. Д. Д о б ы ч и н. Хирургическая помощь в войсковом районе в Восточно-прусскую наступательную операцию..... 8

Подполковник мед. службы Н. Г. Раб и но вич. Анализ заболеваемости и организация терапевтической помощи в Ленинградском военном округе 13

Полковник мед. службы А. Г. П е р ш и н. Ближайшие и отдаленные результаты лечения эссенциальной гипертонии на курорте Сочи—Мацеста 18

А. Е. Шевалев Применение ваго-симпатической новокаиновой блокады при проникающих ранениях груди, осложненных внутриплевральным кровотечением 24

Доц. Н. И. Григорьев. Оперативное лечение хронических эмпием плевры огнестрельного происхождения 29

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ войск

Подполковник мед. службы Б. Л. Угрюмое. Туляремия по материалам госпиталя М-ской армии 35

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Полковник мед. службы канд. мед. наук А. В. Куковеров. К вопросу об утомлении летного состава 46

РЕФЕРАТЫ

Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский. Конвенционные болезни 50

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Профессор И. А. Бегельман. Как не следует подытоживать опыт Великой отечественной войны 51

Полковник мед. службы И. Д. М а каров. Библиография по военной медицине за годы Великой отечественной войны (1941—1945 гг)..... 52

Доктор мед. наук *Л. М.* Стар о кадомский. Краткий обзор содержания журналов. 1. Военная медицина (США), 1945, т. 7, № 1—3 (январь-март). 2. Бюллетень военно-санитаэного управления армии США, 1945, № 84—86 (январь—март) . . . 61

СОМТЕМТ8

| М1со1а)1 ЫПошИсЬ Вигбепко | . . 3

МЕШСАЕ-РЯ0РНУЕАСТ1С 0ПЕДПОИ8

Со1опе1 о! Мей. 8ег у1се рпЯеэ эог В. В. ВоЬусЬІп. 5иг§1са1 зегУ1се 1п ЬаШе 2< не <1иг1пд (Не Еа51-Ргиэ э1а оИеп81уе ... 8

Б1еи1епап1 Со1опе1 о(МесВса1 5ег у1се 14. С. К а Ь 1 п о V 1 с И. а па1уэ1э о(МогЬШКу ап 6 Ог^аШхаНоп о! ТИегареиНс АШ 1п (Не БеШп-&та<1 АМаг В15(г1с(..... 13

Со1опе1 о(МесПса! 5ег у1се А. О. РегзЬІп. Егох1гпа(е апб Решо!е РеэиИз о! Еэ эепИа] Нурег-1епэ1оп Тгеа(теп(а! (Не НеаИН-Резог(8осН1—Ма1эеэ1а 18

8 Н е у а 1 е у А. Е. АррНсаИоп о! Уа^иэ-ЗутраИпсиэ 14оуоса1п В1оска<1е 1п Саэеэ о! Репе(гаНп2 СЬез(АЬ'оипбз, СотрПсаСеб ш1Ш 1п1гар1еига1 НаетогГЬаде ... 4

А8515. рго{. 14. І. О г 1 § о г 1 е у. Биггса! (геа(теп(о! сЬгоп1с р1еиг а1 етпуета гевиШпо (гот §ип5Ио1 трПев..... 29

0ЦЕ8ТЮН8 ОР АИТ1ЕРШЕМ1САЕ ЦЕРЕКСЕ ОР ТРООР8

Б1еи(епап(-Со1опе1 о! МесНса! Зетсе В. Б. Б1 § г 1 и т о у.—Ти1а-гепна оп Ма1ег1а1э о! ап агту НозрКа!. • -..... 35

0ПЕ8ТЮН8 ОР ТНЕ МЕЩСАЬ 8ЕКУ1СЕ ОР ТНЕ МАЕ

Со1опе1 о! МесПса) 8ег у1се СапсБ 1п теб. 8С1. А. V. Кикоуегоу. 8оте Реси1 1агН1е5 о! МогЬШНу о! (Не Г1у1п2 81аИ.....46

АВ8ТРАСТ8

Воски о! Мес11са1 8с1епсе8 Б. М. 8(агока<1огп8ку. СопуепН-опа] В18еазе5..... 50

СЩТ1Д18М ЦЦЦ В1ВЫООЯАРНУ

РгоБ І. А. В е 2 е 1 т а п. Ночг зЪоиШ по(эиттапБе (Бе Ехрепепсе о! (Не Огеа1 Ра(г1о(1с АУаг..... 51

Со1опе1 о(Медка! 8ег у1се І. О. Мака го у. В1Ы102гарЬу оп АА'аг МеШсте 6иг(п2 (Не ОгеаГ Ра-1Г1О11С АУ аг (1941—1945) 52

Вос(ого1Меб1са1 8с1епсе5 Б. М. 81а-гокаб отеку. 8Ног(Реу1-еу/ о! Соп(еп18 о! (Не Лоигпак: АУ аг МейкШе, 19(5, УО1. 7, № 1-3; „ТИе ВиПеОп о! (Не 118 Агту Меё1са1 ВераНтепГ, 1945, № 84-86..... 61

**ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР**

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

**Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ**

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы| Н. Н. БУРДЕНКО, |
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

И

НОЯБРЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ —1946 —МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. Стано в п юизводствэ 26/Х 1946 г. Подписано к печати 23/ХП 1946 г.
А 13165. Формат бум. 7ОХ1О8/16. Печ. л. 4. Уч.-изд. л. 6,75.
Знаков в 1 п. л. 67 000. Тираж 8 800 экз. Цена 2 руб. Заказ 530.

13-я тип. треста „Полиграфкнига* ОГИЗа при Совете Министров СССР.
Москва, Денисовский, 30

НИКОЛАЙ НИЛОВИЧ БУРДЕНКО

11 ноября 1946 г. после продолжительной и тяжелей болезни скончался Главный хирург Вооруженных сил Союза ССР, Герой Социалистического Труда, академик, генерал-полковник медицинской службы Николай Нилович Бурденко.

Славное имя этого высоко одаренного ученого, пламенного патриота нашей родины, активного общественного деятеля широко известно не только в нашей стране, но и за рубежом. Вся жизнь Николая Ниловича является примером неутомимого и страстного служения науке и народу. До последних дней своей жизни он неутомимо работал над разрешением наиболее трудных и актуальных проблем медицинской науки, проявляя огромную творческую энергию и яркий талант ученого-исследователя.

Николай Нилович Бурденко родился 26 апреля (8 мая) 1878 г. Окончив духовную семинарию, он в 1899 г. поступил на медицинский факультет Томского университета. За участие в студенческих забастовках Николая Ниловича исключили из университета и лишили права жительства в Томске. Поэтому он вынужден был переехать в Юрьев, где поступил в Юрьевский университет. Уже со студенческих лет определилась его одаренность, исключительное трудолюбие, стремление посвятить себя хирургии. Будучи студентом пятого курса, Н. Н. Бурденко принял участие в начавшейся русско-японской войне. Он работал в передовом военно-санитарном отряде, оказывая помощь раненым солдатам и офицерам. Стремление помочь русскому солдату, облегчить страдания раненых пробудило у Николая Ниловича глубокий интерес к военно-полевой хирургии, который не угасал в течение всей его жизни. Наблюдательность и пытливый ум, знакомство с замечательными трудами великого русского хирурга Н. И. Пирогова позволили в то время Николаю Ниловичу увидеть крупные недочеты в организации медицинской помощи раненым.

После окончания войны, сдав государственный экзамен, Н. Н. Бурденко всецело посвящает себя хирургии. В 1909 г. он блестяще защищает докторскую диссертацию, а в конце 1910 г. в возрасте 32 лет избирается экстраординарным профессором кафедры оперативной хирургии Юрьевского университета. В эти и последующие годы Николай Нилович исключительно успешно ведет педагогическую работу, много оперирует, отдаваясь научным исследованиям.

К началу первой мировой войны Николай Нилович Бурденко был уже всесторонне образованным хирургом, владеющим высокой, хирургической техникой. Знания и опыт выдвинули его на ответственный пост хирурга-консультанта. Этот период деятельности Н. Н. Бурденко богат примерами исключительно напряженной и плодотворной работы. Обладая широким врачебным кругозором, талантом организатора и личным опытом участника войны 1904—1905 гг., Николай Нилович исключительно много сделал для упорядочения хирургической помощи в полевых лечебных учреждениях. Руководствуясь учением Н. И. Пирогова, Николай Нилович не замыкается в рамки узко хирургической деятельности. Много внимания уделяет он также организационным вопросам и со свойственной ему глубиной занимается разработкой многих важнейших разделов военно-полевой хирургии наряду с разработкой проблем о борьбе с анаэробной инфекцией. Николай Нилович изучает вопросы эвакуации раненых, состояние санитарного транспорта, занимается изучением хирургических кадров и их распределением, давая по всем этим вопросам ценнейшие указания.

После Февральской революции 1917 г. Н. Н. Бурденко был выдвинут на должность Главного военно-санитарного инспектора армии. Однако, не имея возможности в тогдашних условиях осуществить свои идеи, Николай Нилович был вынужден оставить пост Главного военно-санитарного инспектора и вернулся на кафедру в Юрьев. Юрьевский университет был эвакуирован в Воронеж.

Биограф Н. Н. Бурденко, характеризуя этот период его деятельности, пишет: «В тяжелые годы гражданской войны 1918—1921 гг. он работает по организации военно-санитарного дела только что зародившейся Красной Армии. Организует госпитали, сам делает многочисленные операции, читает молодым врачам лекции по вопросам военно-полевой хирургии». В 1923 г. Н. Н. Бурденко избирается профессором I Московского медицинского института. Уже в эти годы он привлекается к разработке важнейших вопросов, вставших перед молодой медицинской службой Красной Армии. Весь свой опыт военно-полевого хирурга, организатора, участника войн он отдает делу построения ме-

дицинской службы Красной Армии и созданию основ советской военно-полевой хирургии.

В годы мирного строительства Николай Нилович организует первый в СССР нейрохирургический институт. Он становится во главе этого института и развертывает невиданную по масштабам научно-исследовательскую и практическую хирургическую деятельность. Николай Нилович разрабатывает методику сложнейших операций на нервной системе, в частности, при опухолях третьего и четвертого желудочка мозга, при опухолях задней черепной ямки и др.

Операции, производимые в непосредственной близости к жизненно важным центрам, требуют виртуозной хирургической техники, которой Николай Нилович владеет в совершенстве. В институт к Бурденко стекаются больные со всех концов нашей страны. Виднейшие иностранные ученые проявляют интерес к замечательным достижениям нейрохирургического института и его руководителя. Многие ученые приезжают к Н. Н. Бурденко учиться, его приглашают за границу, где он выступает с докладами и демонстрирует свои операции на центральной нервной системе.

В огромной мере благодаря трудам Н. Н. Бурденко, нейрохирургия заняла подобающее ей место и оформилась как самостоятельная дисциплина. Н. Н. Бурденко является главой и основоположником советской нейрохирургии, стяжавшей себе мировое признание.

За исключительные заслуги в деле развития советской хирургии, в частности, нейрохирургии, Советское правительство в 1935 г. награждает Н. Н. Бурденко орденом Ленина. Советский народ, высоко оценивая заслуги выдающегося ученого и патриота, избирает Н. Н. Бурденко делегатом VIII Чрезвычайного съезда Советов, а затем депутатом Верховного Совета СССР.

Николай Нилович Бурденко беспрестанно занимается разработкой актуальнейших вопросов военно-полевой хирургии. На съездах и совещаниях хирургов, в научных трудах, в статьях, помещаемых в периодической печати, он призывает медицинскую общественность к практической разработке вопросов военной медицины, к освоению опыта прошлых войн и современных достижений науки. В своих статьях «Хирургическая работа в войсковом районе» (1937), «Письма о первичном шве и первичной обработке ран» (1938), «Характеристика хирургической работы в войсковом районе» (1938) и др. Н. Н. Бурденко выдвигает важнейшие задачи военной медицины и намечает пути их решения.

Николай Нилович не ограничивается теоретической разработкой вопросов военно-полевой хирургии. Он принимает активное участие в организации медицинского обеспечения войск во время войны с белофиннами. С первых дней Великой отечественной войны, согласно приказа товарища Сталина, Н. Н. Бурденко назначается на ответственный пост Главного хирурга Красной Армии. На этом посту он оставался до последних дней своей жизни.

Его деятельность в качестве Главного хирурга Красной Армии — блестящий пример преданного служения родине. Огромный личный опыт, выдающиеся познания, организаторский талант, темперамент общественного деятеля — большевика — все это было направлено к одной великой цели: сохранить жизнь раненому, восстановить его боеспособность и скорее вернуть в строй. Как Главный хирург Красной Армии Н. Н. Бурденко не только руководит мероприятиями по организации хирургической помощи раненым на фронте, но лично сам непрерывно ведет научно-исследовательскую работу и организует ее в лечебных учреждениях фронта и тыла. Он изучает проблему шока, проблему глубокой антисептики тканей, разрабатывает методы лечения сульф-

амидными препаратами, пенициллином и оказания специализированной хирургической помощи раненым.

Исследования Н. Н. Бурденко дают научно обоснованные практические указания, как предупредить ряд тяжелых осложнений после военных травм, как лечить раненых. При его непосредственном участии и под его руководством создаются необходимые инструкции и указания по различным вопросам хирургии для врачей действующей армии и тыловых госпиталей. Благодаря этому военные врачи получили единые установки и обеспечили хирургическую помощь раненым на фронте и в тылу на основе новейших достижений медицинской науки. Характерным для работ Н. Н. Бурденко, как и для всего его научного творчества, является то, что он умел воплотить в жизнь сталинскую идею единства теории и практики.

Н. Н. Бурденко отличался неутомимой энергией. Несмотря на свой возраст, он лично бывал на фронтах, лично инспектировал армейские госпитали, неутомимо инструктировал хирургов, передавал им свой опыт, учил их словом и показом, производя на фронте сложнейшие операции.

В конце сентября 1941 г. при инспектировании прибывшего с фронта военно-санитарного поезда Николай Нилович тяжело заболел. Отличаясь огромной волей, он преодолел свой недуг и, несмотря на подорванное здоровье, с прежней энергией и неутомимостью исполнял свои ответственные и сложные обязанности.

Чрезвычайно трудно в короткой статье осветить всю многообразную государственную, общественную, научно-исследовательскую и врачебно-практическую деятельность Николая Ниловича Бурденко за годы Отечественной войны. Депутат Верховного Совета СССР, член Чрезвычайной государственной комиссии по установлению и расследованию зло деяний немецко-фашистских захватчиков, председатель Ассоциации хирургов СССР, председатель Ученого медицинского совета Наркомздрава СССР — вот далеко не полный перечень его государственных и общественных обязанностей.

9 мая 1943 г. за выдающиеся научные заслуги в области советской медицины и самоотверженную плодотворную работу по организации хирургической помощи бойцам и командирам Красной Армии, раненым в боях с немецкими захватчиками Советское правительство присвоило Н. Н. Бурденко звание Героя Социалистического Труда.

По поводу этой высокой награды Николай Нилович заявил, что считает себя обязанным оправдать присвоенное ему звание «делами энергичными, яркими, исполненными элементами творчества, глубоко теоретического и эффективного практически».

Николай Нилович Бурденко принял самое деятельное участие в организации высшего медицинского учреждения страны — Академии медицинских наук СССР. В декабре 1944 г. на учредительной сессии Академии он избирается президентом Академии. В наиболее ответственный организационный период жизни Академии Николай Нилович руководит ее работой, конкретизирует задачи академии в целом, ее отделений и институтов.

В феврале 1946 г. Николай Нилович избирается депутатом Верховного Совета СССР второго созыва. Этим советский народ показал свое отношение к славным делам своего достойного сына. Николай Нилович Бурденко задолго до Великой отечественной войны говорил о себе: «несмотря на гражданскую одежду, во мне бьется военное сердце». Генералы, офицеры и солдаты Вооруженных сил Советского Союза хорошо знают благородное сердце Главного хирурга Вооруженных сил. Они высоко ценят заслуги Н. Н. Бурденко перед родиной и ее вооруженными силами.

Советская военная медицина потеряла в лице генерал-полковника медицинской службы Н. Н. Бурденко своего виднейшего представителя. Медицинские работники Вооруженных сил Советского Союза будут помнить мысли Н. Н. Бурденко, выраженные им в письме к молодому поколению:

«Будьте горды за великих учителей Ленина и Сталина. Будьте всегда готовы изо всех сил исполнить их заветы. Любите нашу великую родину и живите на счастье ее. Храните вечную память о героях Красной Армии. Учитесь и трудитесь».

Медицинские работники Вооруженных сил будут хранить память о Николае Ниловиче Бурденко, который, не щадя своих сил, работал во славу советской военной медицины, на благо нашего социалистического отечества.

Полковник мед, службы проф. Б. Д. ДОБЫЧ ИН

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ВОЙСКОВОМ РАЙОНЕ В ВОСТОЧНО-ПРУССКУЮ НАСТУПАТЕЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ

Из кафедры общей хирургии Военно-медицинакой академии Красной Армии имени С. М. Кирова (нач. кафедры — генерал-лейгенаот мед. службы заслуженный деятель науки проф:' Н. Н. Еланский)

Наступление Красной Армии в Восточную Пруссию началось зимой. Войскам пришлось брать сильно укрепленные противником рубежи у г. Макув. Враг оказывал отчаянное сопротивление и после прорыва его основной укрепленной полосы. Переходя в контратаки, противник перерезал дороги в наших тылах и нередко нарушал эвакуацию раненых с ПМП и МСБ. Так, например, случилось на участке двух МСБ в феврале 1945 г. в г. Мюльхаузен.

Принцип ранней эвакуации по назначению в специализированные госпитали в этих случаях не всегда выдерживался, и поэтому специализированную помощь раненным в голову, лицо и пр. оказывали в МСБ общие хирурги. Иногда в госпиталях накапливалось такое количество

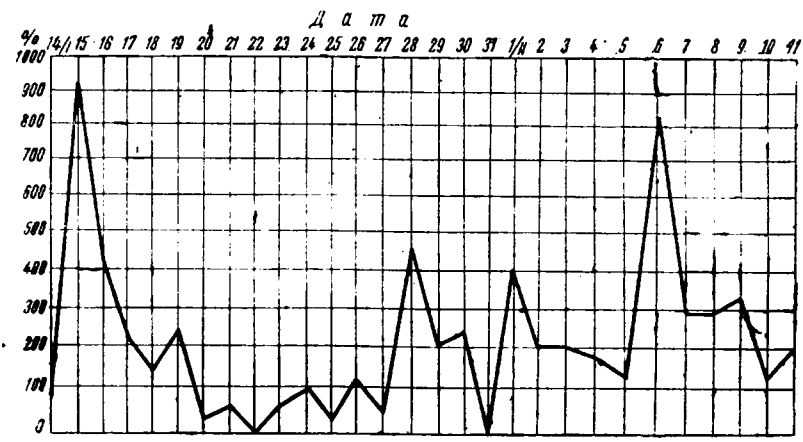


Рис. 1

раненых, что их не удавалось во-время обслужить. Например, в Мюльхаузене скопилось до 1 000 раненых и персонал МСБ и ППГ работал с большой перегрузкой. Особенно трудно было в периоды быстрых продвижений. В этих случаях МСБ делились на 2—3 эшелона и распыляли свои силы. Значительно смягчало положение усиление санитарного транспорта за счет фронтовых средств, а также заранее установленный четкий порядок эвакуации раненых.

Отдельную боевую операцию по ликвидации группировки противника на косе Фриш-Нерунг с 1 по 9 мая, занявшую лишь часть войсковых соединений нашей армии, мы будем рассматривать в общем комплексе с восточно-прусской операцией.

Трудности, которые встретились здесь, связаны с плохими условиями транспорта. На косе Фриш-Нерунг была одна, притом очень плохая дорога. Эвакуацию раненых на материк на правом фланге затруднял валив Фриш-Гаф. Удобной пристани не было. На левом фланге противник разрушил дамбы и затопил местность. Личному составу МСБ пришлось на себе нести медицинское имущество и работать с весьма ограниченными средствами. Эвакуацию раненых по узкой дороге задерживали встречные обозы с боеприпасами и пр.

Во время восточно-прусской операции через МСБ прошло 70% пораженных в боях. Динамика поступлений раненых во время этой операции в МСБ представлена кривой (рис. 1), где за 100 взято поступление раненых 14 января — в первый день наступления. В операцию на косе Фриш-Нерунг за 100 взято поступление раненых 1 мая — в день начала операции (рис. 2).

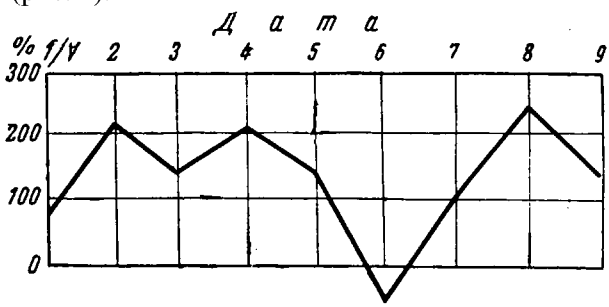


Рис. 2

Рядом с МСБ работали и хирургические госпитали первой линии, которые отвлекали, а иногда и полностью переключали на себя поток раненых, как, например, 6 мая. Поэтому падение кривой поступления раненых в МСБ еще не означает уменьшения напряжения боев и потока раненых.

В МСБ было оперировано до 66,8% раненых, причем в 84,8% случаев это были активные обработки ран. Из группы тяжело раненных в грудь, живот и бедро оперировано от 75 до 93%; в 80% случаев операции сделаны в наиболее благоприятные сроки, т. е. в первые 8 часов после ранения.

Табл. 1 и 2 иллюстрируют объем и сроки оперативной помощи в сравнительном аспекте с бобруйской боевой операцией (осень 1944 г.).

Таблица 1

Сроки поступления рчненых в МСБ с момента ранения (в %)

Дата боевой операции	До 8 часов	До 12 часов	До 18 часов	До 24 часов	Позже 24 часов
С "4.1 по 25.111. 1915 г.	79.5	14.9	**3.9**	1.2	**0,5**
С 1 V по 9.V. 1945 г.	79,8	9,6	**4.9**	2,5	**3,2**
В бобруйскую операцию во втором полугодии 1944 г.	72,0	От 8 до ’6 часов — 22			

Если учесть многочисленность тяжелых ранений — 30,2% и ранений средней тяжести — 34% (в бобруйскую операцию в октябре 1944 г. было тяжелых 29% и средних 33%), а также трудоемкость оперативных вмешательств (например, обработка по Юдину огнестрельного перелома бедра, лапаротомия и др.), то можно себе представить, как велики были масштабы работы.

В основу планомерности хирургической работы мы ставили маневр хирургическими силами. Маневр осуществлялся не только усилением за

Таблица 2

Объем оперативной помощи в МСБ (в °/о)

Дата боевой операции	Оперировано раненых (в »/о)	Из них активно обработано	% оперированных раненых в череп	% оперированных раненых в грудь	% оперированных раненых в живот	% оперированных с переломом бедра
С 14.1 по 25.111. 1945 г.	66,4	84,8	2,7	76.1	75,7	80,2
С 1.У по 9.У. 1945 г.	66,8	80,5	2,4	86,1	83,0	93,3
За бобруйскую операцию во втором полугодии 1944 г.	49,1	50,7	3,4	85,4	60,0	81,0

счет ОРМУ, группы которой работали на базе госпиталей, но и за счет маневра самими МСБ в целом и бригадами из их медицинского состава. Например, в мае на косе Фриш-Нерунг МСБ одного корпуса в процессе боя действовали с перемещениями, а в моменты переключения потока раненых с одного МСБ на другой хирурги переезжавшего МСБ переключались в продолжавший работать.

Для улучшения качества хирургической помощи во время операции на косе Фриш-Нерунг мы придавали МСБ, принимавшему на себя поток раненых, специализированные группы: нейрохирургическую и бедренную. Такую «роскошь» мы могли позволить себе потому, что фронт придал нам резервных специалистов. Это было тем более необходимо, что особые условия десантной операции не позволяли подтянуть специализированные госпитали поближе к МСБ.

Успех хирургического лечения зависит от сроков оперативных вмешательств.

Во время восточно-прусской операции из поступивших до 8 часов было оперировано 84,9% раненых. С проникающими ранениями в череп оперировано 2,3%, с ранениями в грудь — 90,7%, в живот — 89,2°/а, с переломами бедра — 97,6%. При более поздних поступлениях процент оперируемых падал лишь в группе раненных в живот вследствие тяжести их состояния; из поступивших в первые 12 часов после ранения оперировано 71,4%, от 12 до 18 часов — только 50%. Позже 12 часов во время восточно-прусской операции поступило всего 5,5%, а во время операции на косе Фриш-Нерунг—10%. В группе тяжело раненых при ранних сроках поступления процент оперированных был высоким, он снижался лишь при поздних поступлениях. Операции не производились только из-за тяжести состояния, делающей хирургическое вмешательство бесперспективным.

Естественно, процент оперированных снижается вследствие эвакуации специализированных раненых в госпитальную базу армии, а также при массовых поступлениях вследствие передачи части раненых в соседние госпитали первой линии. Организуя два потока раненых: легких и средней тяжести, мы значительно сокращали сроки обработки раненых и быстро освобождали сортировочную от необработанных. Бывали, правда, случаи, когда это разделение осуществлялось лишь под нажимом армейского хирурга или другого инспектирующего лица.

Немалое значение имеет организация раздевания тяжелых и средней тяжести раненых. Иногда при больших потоках кладут на стол раненых прямо в обмотках, ботинках, в верхнем обмундировании и так оперируют даже под наркозом. Мы категорически восстали против такой беспринципности и потребовали соблюдения режима, обеспечивающего в операционной необходимую асептику. В перевязочной для легко раненых допускалась обработка и в верхней одежде, но обязательно поверх обмундирования раненый надевал халат или накидывал простыню. Обувь необходимо снимать, так как обработка производится преиму-

щественно в лежачем положении и не исключена необходимость прибегать к наркозу.

Важным условием при обработке раненых является организация рабочих мест. Необходимо иметь достаточно перевязочных столов и располагать их так, чтобы перевязочной сестре было удобно подавать перевязочный материал. Немало труда мы положили, чтобы привить нашим людям навыки работы по определенной системе и соблюдать ее даже в моменты значительной нагрузки.

В происхождении шока большую роль играла боевая обстановка. Например, во время майской боевой операции на косе Фриш-Нерунг в МСБ левого фла'нга этого участка в состоянии шока- поступило 17% раненых, причем 16,5% находившихся в шоке умерло. Объясняется это тем, что войска преодолевали водную преграду, бойцы промокли и иззябли.

В происхождении шока весьма важную роль играют сроки доставки раненых, удобство санитарного транспорта, качество иммобилизации, применение обезболивающих средств на передовых пунктах эвакуации, начиная с батальонного. Мы настойчиво учили ротного санинструктора и фельдшера батальона профилактике шока, требуя при переломе бедра обязательно накладывать на батальонном пункте шину Дитерихса, рано выносить раненых с поля боя и пр.

Для ликвидации развившегося шока мы, помимо общих мер, применяли новокаиновую блокаду и переливание крови и кровезаменителей. Так, например, во время январско-мартовской операции ваго-симпатическая блокада на ПМП сделана 80,7% раненых с переломом бедра, в майскую операцию—105,5%. Футлярная анестезия на ПМП в январско-мартовскую операцию сделана 97,6% раненых с переломом бедра, в майскую — 326,6%. Часто футлярная анестезия производилась и при огнестрельных переломах голени, что и подняло удельный вес этих мероприятий.

Переливание крови и кровозаменителей производилось на ПМП приобескровливании и шоке. В отношении раненных в живот все противошоковые мероприятия производились в МСБ.

Данные о переливании крови и кровозаменителей представлены в табл. 3.

Таблица 3

Переливание крови и кровозаменителей к числу санитарных потерь (в %)

Дата боевой операции	Кровь			Сочетание кровь+ кровезаменители			Кровезаменители			Капельным методом
	с с	из о 2	ХППГ первой линии	ПМП	МСБ	ХППГ первой линии		из ХППГ	первой линии	
С 14.1 по 25.111.1945 г.	1,6	**9,7**	4,4		1,4	0,4	**2,8**	8,5	8,8	9% ко всем переливаниям
С 1.У по 9.У. 1945 г.	2,1	**7,0**	2,8		2,6	3,2	2,7	3,1	14,5	3,5% ко всем переливаниям
За бобруйскую операцию во втором полугодии 1944 г.	1,6							9,3		

Удельный вес переливания крови и кровозаменителей довольно высок и, по нашему мнению, вполне отвечает потребности. Особенно охотно на ПМП переливали кровозаменители, которые для ПМП более доступны.

Наиболее широко на ПМП нашей армии стали применять ваго-симпатическую блокаду и футлярную анестезию в период восточно-прусской

-операции. В МСБ Эти мероприятия являлись обязательными в системе хирургического лечения соответствующих раненых и в случае задержки раненых в госпитальном отделении нередко повторялись.

Во время лапаротомии, если у раненых с проникающим ранением живота оказывалась забрюшинная гематома, мы рекомендовали вводить за брюшину 100 см^3 0,25°/о раствора новокаина, чтобы временно выключить влияние сдавленных симпатических проводников и узлов, находящихся в состоянии раздражения и поддерживающих шок.

Лечение раненых с анаэробной инфекцией — важнейшая задача МСБ. Осложнения эти имели тенденцию к некоторому росту (табл. 4). Это объясняется специфическими особенностями восточно-прусской операции, в частности, затруднениями эвакуации раненых и задержкой их в МСБ. Конечно, в известной мере играла роль и задержка хирургической обработки 10,5'/» раненых в майскую операцию.

Таблица 4

Дата боевой операции	Осложнение анаэробной инфекцией в % к числу раненых	Ампутации п"и анаэробной инфекции в % к числу раненых с осллжнснием	Смертность при анаэ-Гобной инфекции
С 14.1 по 25.111. 1915 г.	0,5	70,0	37,1
С 1.У по 9.У. 1ч4. г.	0,6	64,5	54.5
За бобруйскую операцию	0,4	72,3	30,0

Интересны данные табл. 5, в которой показана смертность в МСБ в зависимости от локализации ранений.

Таблица 5

Дата боевой операции	Общая с-»рт-Нос1 Ь	Смертность среди раненных: в ч реп		в грудь		в живот		в бедро
		з «а хо.	еди оперирован-ых	среди всех раненых с проникающим ранением груди	среди оперированных	среди всех раненых с проникающим ранением живота	с еди оперированных	среди неоперированных
С 14.1 по 25.111. г.	1.3 1,0 <2,3 ^0Д 23.4			28,8	45 8 60,2		40.4 100	
С 1.У по 9.У. 194.5 г.				. 6.1 25,8 1С0 44,7			33.3 100	
За бобруйскую опе. ацию				34,5 *Л* 4 97,1 61.1			40 81, ‘	

Таким образом, смертность раненых, поступающих на этапы санитарной эвакуации, еще велика, хотя и делается все возможное, чтобы этих потерь не нести. Вместе с тем мы отлично понимаем, что наша хируогическая активность далеко Це безобидное средство операция

не так уж редко служит дополнительной нагрузкой на ослабленный ранением организм, а потому оперировать нужно строго по индивидуальным показаниям.

Сравнивая статистические данные из руководства по военно-полевой хирургии Куприянова и Банайтиса и руководства Ахутина со своими, наши хирурги могут сказать, что в период восточно-прусской операции они по ряду показателей достигли значительных успехов.

Подполкопннк мед. службы Н. Г. РАБИНОВИЧ

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕНИНГРАДСКОМ ВОЕННОМ ОКРУГЕ

(По материалам обследования воинских частей, Ленинградской гарнизонной поликлиники и Окружного военного госпиталя)

По данным Ленинградского окружного военного госпиталя, среди лечившихся в нем больных в течение января—июня 1945 г. заболевания внутренних органов были у 36,6°/о больных и в июне—декабре 1945 г.— у 48%. Увеличение процента терапевтических больных после окончания войны связано со значительным уменьшением поступления в госпиталь хирургических больных.

В последние 5 месяцев преобладают больные с заболеваниями органов пищеварения. Об этом свидетельствуют как данные окружного военного госпиталя и гарнизонной поликлиники, так и материалы госпиталей и медсанбатов округа. Так, в госпитале болезни органов пищеварения в первом полугодии 1945 г. были у 28,8% всех больных внутренними болезнями и во втором полугодии у 32,9%. По гарнизонной поликлинике Ленинграда в первом полугодии—19,4% и во втором — 21,6%.

Главнейшими заболеваниями этой группы были хронические гастриты и язвенная болезнь. По данным поликлиники, на язвенную болезнь падало 8,5%, а на хронические гастриты — 86,3% заболеваний желудочно-кишечного тракта. По госпиталю мы получили другие цифры: на язвенную болезнь падает 46,6% и на обострение хронического гастрита — 27%. В одном из отделений госпиталя среди больных, поступивших с диагнозом «обострение хронического гастрита», в 44% случаев диагносцирована язвенная болезнь. Таким образом, в гарнизонной поликлинике и в воинских частях Ленинграда язвенная болезнь нередко просматривается.

Причина этого — недооценка значения анамнеза у язвенного больного и, наоборот, переоценка рентгенологических данных. Врачи частей и гарнизонной поликлиники диагносцируют язвенную болезнь только при наличии рентгенологического симптома — ниши. В ряде случаев врачи частей и поликлиники повторяют рентгенологический диагноз «антральный гастрит» или «гастро-дуоденит», не учитывая язвенной природы большинства этих состояний. У одного из таких больных в поликлинике был диагносцирован «хронический гастрит», а через несколько дней после этого больного срочно госпитализировали по поводу внезапно наступившего внутрикишечного кровотечения.

Общее количество язвенных больных, по данным госпиталя и лечебных учреждений округа, после окончания войны значительно уменьшилось, так как большое число этих больных уволено из армии. Точно так же уменьшились цифры летальности (по госпиталю — 2,3% в первом и 0 — во втором полугодии 1945 г.).

Вторую по численности группу составили, по материалам госпиталя, больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: 26,6% в первом

и 29,3% во втором полугодии 1945 г. По материалам же гарнизонной поликлиники и лечебных учреждений округа, второе место после болезней органов пищеварения занимали болезни органов дыхания (без туберкулеза.) .

Значительный процент больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями по окружному госпиталю следует объяснить частым поступлением в этот госпиталь лиц старшего офицерского состава с органическими поражениями сердца и сосудов. Среди этих больных гипертоническая болезнь наблюдалась в 15,4% случаев в первом и в 13% во втором полугодии 1945 г. По материалам гарнизонной поликлиники в первом полугодии — 22,4% и во втором—18% (по отношению ко всем больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы). Гипертония носила в большинстве случаев доброкачественный характер, поражая лиц среднего и пожилого возраста.

Обращает внимание учащение случаев злокачественной гипертонии у лиц молодого и среднего возраста с явлениями артериолосклероза и нейроретинита. По секционным данным окружного госпиталя, за время с 1935 по 1943 г. от злокачественной гипертонии не умерло ни одного человека, в 1943 г. умер 1, в 1944 — 3, в 1945 г. — 4.

В чем сущность бурной, гиперергической реакции сосудистой системы почек, участившейся за последние годы, — пока не ясно. Среди лиц офицерского состава, лечившихся в окружном госпитале, за второе полугодие 1945 г. участились случаи инфаркта миокарда, подтвержденного электрокардиограммами. Причина учащения этих случаев, очевидно, кроется в реакции сосудистой системы на длительное нервно-психическое напряжение периода войны, усугубляемое чрезмерным курением табака.

Процент лиц с заболеваниями органов дыхания, лечившихся в госпитале, падает: в первом полугодии было 21,3%, во втором полугодии— 14,5%. Здесь сказывается сезонное уменьшение острых заболеваний дыхательной системы. Количество обращающихся в гарнизонную поликлинику по поводу хронических болезней органов дыхания (эмфизема легких, пневмосклероз и т. д.) после окончания войны не изменилось. По лечебным учреждениям округа в целом число больных с заболеваниями органов дыхания после окончания войны уменьшилось в связи с увольнением из армии старших возрастов.

В первые четыре месяца после окончания войны летальность от крупозной пневмонии по Ленинградскому военному округу повысилась до 4,4%. В течение первого года Великой отечественной войны летальность от крупозной пневмонии по Ленинградскому фронту составила 19% (период блокады, истощения). К четвертому году войны она снизилась до 1,6%. Причины повышения летальности от крупозной пневмонии после окончания войны объяснить трудно. Повидимому, здесь имеет значение несвоевременная диагностика пневмоний. В ряде случаев все еще нарушаются основные принципы лечения пневмоний сульфидином: дача малых доз, перебои в даче препарата при переводе больного в другое лечебное учреждение и т. д.

Туберкулез легких, лимфатических узлов и экссудативные плевриты, по данным терапевтического и инфекционного отделений окружного госпиталя, наблюдались у 11—12% всех больных. По материалам гарнизонной поликлиники, эта группа больных составила 3,3% в первом и 2,7% во втором полугодии 1945 г. После войны количество больных туберкулезом по округу уменьшилось вследствие увольнения этих лиц из армии. Снизилась и летальность с 5,2 до 2,2%.

Заболевания брюшным тифом, по данным лечебных учреждений округа и инфекционного отделения окружного госпиталя, после окончания войны стали встречаться чаще. Из числа лечившихся от брюшного тифа в инфекционном'отделении госпиталя около $^1/_3$ заболело за границей. 72,5% больных были вакцинированы в 1945 г. По течению

брюшного тифа мы различали: тяжелую форму в 28,7% (19,2%), среднюю в 57,5% (60,8%) и легкую в 13,8% случаев (20%). (В скобках указаны данные проф. Рагоза.)

Таким образом, брюшной тиф у нас протекал более тяжело, чем указывает проф. Рагоза, данные которого относятся к внеэпидемическому периоду. Среди заболевших брюшным тифом после окончания войны зарегистрированы случаи с атипичным (бурным) началом, длительным течением и повторными волнами. Из осложнений более часто наблюдались пневмонии, преимущественно очаговые. Летальность не превышала довоенных цифр. У отдельных лиц, умерших от брюшного тифа, на секции обнаружены участки некроза слизистой желудка и кишечника как результат наслоения анаэробной флоры.

Заболеваемость дизентерией значительно повысилась во втором полугодии 1945 г. (сезонный подъем). Протекала дизентерия легко. Летальность не превышала 0,3% (данные по лечебным учреждениям округа и инфекционному отделению окружного госпиталя). Больные умирали от затянувшихся форм, которым сопутствовали другие заболевания, например, туберкулез. Групповые поступления заболевших дизентерией зарегистрированы из Эстонского запасного полка (20 человек), из ветеринарного училища (22 человека), из артиллерийского технического училища (16 человек). Процент высева из кала дизентерийной палочки составлял, в зависимости от характера стула, от 7 до 71. Чаще всего на протяжении последнего полугодия высевалась палочка Флекснера и значительно реже, по сравнению с 1943—1944 гг., — палочка Шмитц-Штуцера. При легком течении инфекции и быстром оформлении кала, когда процент положительных высевов был минимальным, особое значение в диагностике дизентерии приобретает копрологический метод исследования. К сожалению, этот метод недостаточно распространен в нашем округе.

Данные заболеваемости в войсках округа (по материалам окружного госпиталя, гарнизонной поликлиники и отчасти по суммарным данным лечебных учреждений округа) показывают, что характер заболеваний в послевоенном периоде в основном мало изменился. Как и раньше, первое место занимают болезни органов пищеварения (гастриты и язвенная болезнь). Среди болезней офицерского состава заслуживают внимания болезни сердечно-сосудистой системы. Больных туберкулезом поступает в госпиталь столько же, сколько поступало и в первую половину 1945 г., хотя общее количество туберкулезных больных, как и лиц с заболеваниями дыхательной системы нетуберкулезной природы, во вторую половину 1945 г. значительно снизилось в связи с увольнением этих лиц из армии. Участились случаи заболеваний брюшным тифом, протекающим иногда атипично, с острым началом и повторными температурными волнами.

Переходя к оценке работы терапевтической службы округа, остановимся в первую очередь на постановке лечебного дела в обследованных нами воинских частях и училищах Ленинграда.

Основные требования, которые предъявляются к медицинской службе частей в отношении постановки лечебного дела, сводятся к следующему: ведение врачами медицински грамотного амбулаторного приема и такое же ведение больных в воинском стационаре; организация диспансерного наблюдения над хрониками, часто посещающими войсковую амбулаторию; связь войсковых врачей с врачами гарнизонной поликлиники и окружного (гарнизонного) госпиталя и повседневная работа по повышению своей медицинской квалификации.

Как же на деле построена лечебная работа в частях?

Обследование показало, что амбулаторный прием ведется плохо. Опрос больных делается крайне поверхностно, анамнезом врачи не интересуются. Жалобы больных и объективные данные, полученные при

обследовании, не регистрируются. За редкими исключениями, врачи, ведущие амбулаторный прием, не пользуются данными гарнизонной лаборатории и рентгенографии. Истории болезней больных в стационарах ведутся чрезмерно кратко и т. д. В результате — частые и серьезные диагностические ошибки. Вот отдельные примеры.

Подполковник А., заместитель командира бригады войск НКВД, поступил в окружной госпиталь 4.IX. 1945 г. с диагнозом: обострение хронического энтероколита. Из анамнеза при поступлении в госпиталь выяснилось, что А. болен около полугода и за это время значительно похудел. Объективно можно было установить резкое похудание, пепельносерый оттенок кожи лица и наличие большой, плотной, бугристой печени, выступавшей на величину ладони из-под реберной дуги. Через й месяца после поступления больной скончался от рака прямой кишки с метастазами в печень и другие органы брюшной полости.

Красноармеец К. поступил в инфекционное отделение окружного госпиталя с диагнозом: лихорадочное состояние. В госпитале у больного диагносцирован возвратный ревматический эндомиокардит на фоне старого комбинированного митрального порока сердца.

Лейтенант Т., 26 лет, поступил в терапевтическое отделение окружного госпиталя в тяжелом состоянии с жалобами на сильнейшую головную боль и почти полную потерю зрения. Диагноз санитарной части комендантского управления: хронический гастрит и правосторонний ишиас. Болей около трех месяцев, резко похудел, страдает усиленной жаждой, наблюдались повторные рвоты. Артериальное давление при поступлении в госпиталь 240/160. Предположительный диагноз госпиталя: злокачественная гипертония, опухоль межуточного мозга.

Красноармеец К., 48 лет, поступил 1.У.1945 г. в инфекционное отделение госпиталя с температурой 38,4° и несколько помраченным сознанием. Диагноз части: склероз сосудов мозга, недостаточность сердечной деятельности. Больной высоко лихорадил и через 3 недели после поступления в госпиталь скончался от двустороннего диссеминированного туберкулеза легких. В анамнезе больного были указания на перенесенный им в прошлом туберкулез легких и экссудативный плеврит; мать и две сестры К. тоже умерли от туберкулеза. Пбвидимому, эти важные анамнестические данные не были известны санитарной части батальона.

В результате поверхностного обследования больных в войсковых частях заболевания брюшным тифом, туберкулезом, воспалением легких во-время не распознаются. Так, из поступивших в госпиталь 80 больных брюшным тифом только у 30 этот диагноз был указан в направлении части. В большинстве случаев больных госпитализировали с диагнозами: «лихорадочное состояние», «воспаление легких», «малярия» и т. д. Больных брюшным тифом госпитализировали в следующие сроки: от 1 дня до 7 дней — 38,5%, от 8 до 14 дня — 46,3%, от 15 до 21 дня — 15,2%, т. е. свыше 60% больных были направлены в госпиталь со второй недели заболевания.

От 2,3 (первое полугодие 1945 г.) до 3,5% (второе полугодие) лечившихся в инфекционном отделении окружного госпиталя составили больные туберкулезом легких и лимфатических узлов. Они поступали в отделение с ошибочными или неточными диагнозами: «лихорадочное состояние», «брюшной тиф», «энтероколит», «инфекционная желтуха» и т. д.

В 1945 г. в тоже инфекционное отделение было ошибочно направлено 65 больных с крупозной и очаговой пневмониями. Врачи войсковых частей в большинстве этих случаев ставили такой диагноз: «лихорадочное состояние», «грипп», «малярия» и др. Между тем чаще всего речь шла о пневмониях верхних и средних долей и о прикорневых пневмониях. Из материалов терапевтического отделения Ленинградской гарнизонной поликлиники следует, что свыше 40% госпитализированных поликлиникой больных можно было направить в госпиталь прямо из части. Сюда относятся свыше 25% больных с активной формой туберкулеза, 8% с выраженной желтухой и 7% «лихорадящих».

Диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими в большинстве обследованных частей не организовано. В частности, отсутствует наблюдение за лицами, подозрительными по туберкулезу. Это затрудняет выявление ранних форм заболевания.

В одной, из частей, гарнизона г. Луги за последние полгода госпитализировано 26 лиц с активной формой туберкулеза. Тем не менее санитарная часть полка не сделала из этого, факта никаких выводов и о необходимости поголовного рентгенологического обследования бойцов и офицеров части в округ не сигнализировала. Между тем массовое рентгенологическое-обследование практически здоровых бойцов, в особенности молодых, дает ценные результаты, помогая рано выявлять различные формы туберкулеза. Так, например, при рентгеноскопии грудной клетки у 820 бойцов 1927 г. рождения в одном из запасных полков Ленинградского фронта (апрель 1945 г.) выявлено .36 (4,4°/о) больных активными формами туберкулеза.

Санитарные службы проверенных нами частей не организовали также систематического наблюдения и за желудочными больными, не привлекали специалистов к работе по выявлению среди больных хроническими гастритами лиц с язвенной болезнью. Не всюду организован «облегченный» стол для бойцов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Между тем опыт отдельных частей показал, что организация такого стола возможна и рациональна.

Амбулатории воинских частей не поддерживают живой связи с гарнизонной поликлиникой. При направлении больных к терапевту в поликлинику войсковой врач не указывает конкретно цели направления, не сообщает данных своих наблюдений и результатов проведенного лечения. Записки, с которыми больные являются в поликлинику, в большинстве случаев крайне лаконичны: «направляется на консультацию к терапевту», «посылается для обследования», «для установления диагноза», «для уточнения диагноза» и т. д. Почти никогда не приводятся данные термометрии, даже в тех случаях, когда врач части направляет больного в поликлинику по поводу предполагаемого туберкулеза легких, бронхита. Неудовлетворительно обстоит дело с документацией и при направлении больного из части в госпиталь: истории болезни войсковые стационары либо вовсе не присылают, либо посылают крайне лаконичные выписки из них. Лечебную работу в обследованных частях ведут в основном врачи последних выпусков. Они не связаны ни с гарнизонной поликлиникой, ни с окружным госпиталем и предоставлены самим себе. Поэтому войсковые врачи не только теряют полученные знания, но и перестают интересоваться медицинской работой. ■

Организация терапевтической работы в Ленинградской гарнизонной поликлинике страдает из-за перегрузки врачей-терапевтов. Врач ежедневно принимает 40—50 больных (включая повторных). Поликлинические терапевты не используют полностью имеющуюся при поликлинике клиническую лабораторию для уточнения диагноза. В результате у части больных, которых поликлиника направляет в окружной госпиталь с диагнозом «лихорадочное состояние», определяется то крупозная пневмония, то абсцесс легкого, то брюшной тиф.

Врачи-терапевты гарнизонной поликлиники не организовали до сих пор шефства над войсковыми амбулаториями, не оказывают им консультативной помощи в лечебной работе, не выезжают на места, не приглашают войсковых врачей на прием в поликлинику. Кроме того, терапевты поликлиники сами оторваны от коллектива врачей-тепапевтов окружного госпиталя. Организация терапевтической службы в окружном госпитале предусматривает, помимо систематической работы по повышению медицинских знаний врачей и медицинских сестер госпиталя, ведение научно-исследовательской работы по наиболее актуальным вопросам внутренней медицины, а также помощь округу: занятия с прикомандиоованными врачами по терапии, шефство над терапевтическими отделениями гарнизонных госпиталей и т. д

В течение октября—декабря 1945 г. в порядке командирской учебы врачи окружного госпиталя изучили избранные отделы легочной патоло-

гии. При этом демонстрировались соответствующие больные. Кроме того, один раз в месяц устраивались клинико-анатомические конференции под руководством проф. В. Д. Цинзерлинга. На ближайшее время намечены доклады по вопросам патологии желудочно-кишечного тракта. Эти еженедельные конференции посещают только врачи окружного госпиталя, хотя на них можно было бы с успехом привлекать врачей поликлиники и гарнизона.

По плану научно-исследовательской работы врачей-терапевтов окружного госпиталя в 1946 г. намечена разработка двух тем: «Гастриты» и «Пневмонии».

Целевая установка первой темы предусматривает изучение условий возникновения, профилактики, клиники и терапии гастритов у военнослужащих, а также вопросы диференциальной диагностики гастрита и язвенной болезни.

По второй теме — «Пневмонии» — поставлена задача изучить вопросы патогенеза, клиники и терапии крупозной и очаговой пневмонии различной этиологии.

Выводы

1. Необходимо быстро устранить отмеченные нами. недочеты и повысить качество лечебной работы в воинских частях. Для этого необходимо серьезно заняться повышением медицинской квалификации войсковых врачей.

2. Санитарной службе воинских частей следует возобновить диспансерный метод наблюдения за длительно болеющими бойцами и офицерами с тем, чтобы своевременно выявлять подозрительных по туберкулезу и страдающих болезнями желудочно-кишечного тракта. Для последних необходимо при частях организовать «облегченный» стол.

3. Врачи-терапевты гарнизонной поликлиники должны восстановить живую двустороннюю связь — с медицинскими службами воинских частей и с коллективом врачей-терапевтов окружного госпиталя.

4. Окружному госпиталю нужно более широко оказывать помощь санитарной службе округа, в частности, организовать с прикомандированными врачами занятия по терапии, взять шефство над гарнизонными госпиталями и настойчивее разрабатывать научные вопросы, имеющие важное практическое значение для терапевтической службы округа.

Полковник мед. службы А. Г. ПЕРШИН

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА КУРОРТЕ СОЧИ-МАЦЕСТА

На Сочи-Мацестинском курорте по нашим данным (1935 г.) гипертоники составляют 11,2% всего числа сердечно-сосудистых больных. Среди различных методов лечения гипертонической болезни бальнеотерапия в условиях курортно-санаторного лечения занимает, по указаниям ряда авторов, одно из первых мест (Гредель, Ланг, Гинзбург, Черников, Карчикян, Бурмин, Каменецкая и Рутенберг и др.). Хорошие ближайшие результаты получали при лечении гипертоников на Сочи-Мацестинском курорте Черников, Кевдин, Рабинович, Першин и др. Особый интерес представляет вопрос об отдаленных результатах курортного лечения гипертоников. Каменецкая и Рутенберг указывают, что кровяное давление, сниженное после лечения на курорте (Сочи — 27 человек, Кисловодск — 56 человек), у 60% больных остается сниженным в тече-

ние года. Наряду с этим констатируется улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Недостаточное изучение эффективности курортного лечения гипертонии, особенно отдаленных результатов лечения, побудило нас заняться этим вопросом.

К гипертоникам мы относим больных с максимальным артериальным давлением выше 145 мм ртутного столба. Всего под нашим наблюдением находилось 106 человек. У 60% больных были отмечены органические поражения сердечно-сосудистой системы. У большинства наблюдалась повышенная нервная возбудимость. Кровяное давление измерялось по звуковому способу Короткова аппаратом Рива-Роччи в начале и на протяжении курса лечения один раз в 6 дней. Кровяное давление у наших больных отличалось лабильностью, особенно максимальное.

К случаям со снижением артериального давления мы относили те, при которых цифры измерений отличались на 11 мм и более от первоначальных; при меньших величинах снижения случаи относились к группе «без перемен». Наибольшая абсолютная величина максимального давления была 230 мм; наименьшая — 145 мм. Минимальное давление было соответственно 140 мм и 54 мм. По минимальному давлению к гипертоникам могло быть отнесено 90 больных, или 84,9% (давление выше 80 мм ртутного столба). В табл. 1 представлена характеристика максимального и минимального артериального давления у больных, находившихся под нашим наблюдением.

Таблица 1

Максимальное артериальное давление в мм ртутного столба	Количество случаев	Минимальное артериальное давление в мм ртутного столба	Количество случаев
145-150	43	До 80	23
151-160	28	81-90	30
161-170	13	91—100	31
171 180	14	101 — 110	17
181- 190	3	111—120	2
191-2С0	4	121-130	2
221—230	1	131-140	1
Итого . . .	106		106

По возрасту больные распределялись следующим образом: от 31 до 40 лет — 32 человека; от 41 до 50 лет — 48; от 51 до 60 лет — 22; от 61 до 70 лет — 4 человека. Из числа больных мужчин было 81 и женщин 25. Среди мужчин большинство больных были работники штабов, женщины — домохозяйки. По конституции больные распределялись так: гиперстеников было 43, нормастеников — 59, астеников — 4. Патологическую наследственность можно было отметить у 40% больных (рак, туберкулез, сердечно-сосудистые заболевания). Из интоксикаций в анамнезе имелись указания на алкоголизм — 30%, курение — 62%. Субъективные жалобы отмечались у больных главным образом со стороны сердечно-сосудистой системы (одышка, боли в области сердца, сердцебиение). Были характерные для гипертонии головные боли, головокружения при перемене положения, шум в голове и ушах, расстройство сна и ослабление памяти. Давность жалоб от 3 до 8 лет. У большинства больных мы наблюдали нарушение компенсации: недостаточность кровообращения значительной степени в 7 случаях, средней степени — в 75,

начальной[1] степени — в 24. Со стороны сердца у большинства отмечались глуховатые тоны, систолический шум у верхушки и на аорте, акцент 2-го тона на аорте у 60%, часто положительный симптом Сиротинина. Печень была увеличена у 60%. Частота пульса выше 80 констатировалась у 33 больных, от 70 до 80 — у 55, от 50 до 70 — у 18. На ортодиаграммах отмечено: увеличение левого желудочка в 97% случаев, склероз аорты в 67%; на электрокардиограммах наблюдалась левограмма у 28 больных из 33; в 13 случаях — отрицательное Та с намеками на нарушение коронарного кровообращения. Общий анализ крови и РОЭ были сделаны у 86 человек. Отмечалось увеличенное количество эритроцитов (больше 5 миллионов) в 20%. При исследовании сахара крови у 85 человек только у 7 был обнаружен сахар выше 120 мг%. Гликемическая кривая (обследовано 32 больных) оказалась патологической у 18 больных (резкий подъем через полчаса после нагрузки и невозвращение к норме через 2% часа). Холестерин крови оказался повышенным у 11 больных из 68 (выше-180 мг%). Остаточный азот при 42 исследованиях оказался выше нормы в 4 случаях (выше 40 мг%'). Вязкость крови, определявшаяся по Детерману у 22 человек, оказалась повышенной во всех случаях в пределах от 5,3 до 12,3 (2 случая— 11, один— 12,3). Указанные отклонения со стороны крови наблюдались главным образом у тяжело больных.

На основании лабораторных исследований мы можем отметить характерные для гипертонии сдвиги сахарной кривой, количества эритроцитов и вязкости крови. Это совпадает с указаниями Кончаловского, Когана-Ясного и др. Со стороны мочи, за исключением единичных эритроцитов, следов белка и низкого удельного веса в единичных случаях (отдельные анализы), отклонений от нормы не было. Лечение проводилось в санатории как одними мацестинскими ваннами, так и в комбинации с морскими ваннами, общим д'арсонвалем, а также морскими ваннами с д'арсонвалем. Наряду с бальнеологическим лечением 85% больных пользовались диэтпитанием (диэта № 12 по Певзнеру). Распределение больных по группам представлено в табл. 2.

Таблица 2

Название процедур	Колине- тво чело ек
Мацестинские ванна •.....• .	31
Мацестинские ванни в комбинации с морскими или .хвойными ванна и . . •.....	40
Мацесгинкие вагны в комбинации с морскими ваннами и общим д'арсои «алем	30
Морские . айны в комбинации с общин д'арсонвалем.....	< 5
Итого . . .	105

По тяжести заболевания больные в группах были представлены почти однородно. Мацестинские ванны назначались в среднем в количестве 12—14. Большинству больных ванны назначались через день и лишь больным с ожирением при хорошей сердечной деятельности 2 дня подряд с последующим днем отдыха. Температура воды была 36—33°, продолжительность ванн — 6—14 минут. Концентрация общего сероводорода в ваннах колебалась от 120 до 150 мг/л. Морские ванны назначались в большинстве случаев через день (температура 36—34°, продолжительность 10—15 минут). Д'арсонваль назначался через день.

При учете эффективности лечения мы принимали во внимание общее самочувствие больного, субъективные жалобы и объективные данные,

которые слагались из состояния компенсации сердечно-сосудистой системы, артериального давления, пульса, данных рентгеновского исследования, электрокардиографии и лабораторных исследрваний. В результате месячного лечения на курорте больные выписывались со следующими результатами: со значительным улучшением— 16 человек, с улучшением — 83, без перемен — 7 человек. Наибольшая эффективность лечения наблюдалась у больных, получавших мацестинские ванны в комбинации с морскими ваннами и д'арсонвалем; за ними следуют больные, получавшие мацестинские ванны в комбинации с морскими ваннами; потом идет группа, получавшая только мацестинские ванны, и на последнем месте стоит незначительная группа больных, которая принимала морские ванны в комбинации с д'арсонвалем. Это совпадает с нашими данными 1935 г. Ббльшую эффективность комбинированной терапии .(мацестинские ванны, морские ванны и д'арсонваль, мацестинские ванны и морские ванны) мы объясняем особенно благоприятным воздействием этой комбинации на общий тонус и нервную систему. Незначительное количество больных в некоторых группах и количественное неравенство групп не позволяют делать этот вывод категорически, и он лишь предположительный. Лучшие результаты лечения мы наблюдали в осеннем сезоне (95 случаев), на втором месте стоят больные, лечившиеся в весеннем сезоне (63 случая), на третьем—больные, лечившиеся зимой (38 случаев), и па последнем месте — в летнем сезоне (64 случая). Результаты новых наблюдений совпадают с ранее опубликованными нашими данными. Худшие результаты лечения в летнем сезоне можно объяснить плохой переносимостью сердечно-сосудистыми больными жары при большой влажности, а зимой и весной — резкими метеорологическими колебаниями и рядом других факторов.

Изменения артериального давления (максимального и минимального) в результате лечения приведены в табл. 3.

Таблица 3

Изменение артериального давления в мм ртутного столба	Максимальное	Минимальное
Снижение от 11 до 20	**41**	**38**
. , 21 , 30	**25**	**9**
, . 31 » 40	**16**	
. . 41 , 50	**7**	**1**
Без перемен	**16**	**58**
Повышение от 11 до 20	**1**	
Итого случаев . . .	**Кб**	**116**

Из табл. 3 следует, что у наших больных максимальное артериальное давление отличалось большей изменчивостью, чем минимальное. Это указывает на патологические изменения у гипертоников на периферии. Богомолец считает, что периферическому фактору принадлежит ведущее значение в патогенезе гипертонии. Наряду со снижением кровяного давления увеличилась (на 43,3%) группа больных с согласованным давлением. Вместе со снижением кровяного давления мы наблюдали параллельно улучшение общего состояния и уменьшение или прекращение основных жалоб (боли в сердце, головные боли, головокружения и т. д.). У больных с выраженным нарушением кровообращения в 62% констатировали сокращение размеров печени и исчезновение отеков на ногах.

В результате лечения изменилась и частота пульса: пульс стал реже у 37,7% больных, участился у 10,3%, остался без перемен у 52%. Прибавили в весе 59,4% больных, снизили вес '21,7% ((главным образом лица с избыточным весом), вес не изменился у 18,9% больных. При повторных исследованиях крови, в конце лечения, получены следующие результаты: холестерин снизился у 6 человек из 11, имевших повышенное содержание его, вязкость крови уменьшилась (на 0,5—0,4) у 8 человек, повысилась у 3 человек, у остальных не изменилась. Патологическая сахарная кривая, наблюдавшаяся у 18 больных, стала нормальной у 5. В 2 случаях гликемическая кривая из нормальной перешла в патологическую.

Результат лечебного эффекта у гипертоников следует объяснить благоприятным воздействием суммы курортных факторов (отдых, мацестинские ванны, физиотерапия, санаторный режим, климат, диэта и т. д.).

Отдаленные результаты курортного лечения

Этот вопрос мы изучали на больных в санатории через различные сроки после первого пребывания. Всего мы обследовали из иаших больных через год после первого лечения — 80 человек, через 2 года — 50, через 3 года—15, через 4 года — 6, через 5 лет — 3 человека. Сроки больше 6 месяцев относили к году, меньше 6 месяцев не принимали во внимание. Данные изменения артериального давления через различные сроки после первого курортного лечения приведены в табл. 4.

Таблица 4

Изменение артериального давления в мм ртутного столба	Максимальное					Минимальное				
	через 1 год	через 2 года	через 3 года	через 4 года	через 5 лет	через 1 год	через 2 года	через 3 года	через 4 года	через 5 лет
Снижение сохранилось:										
от 11 до 20	23	12	4	—	—	5	1	1	—	
, 21 „ 30	5	1	—	—	—	—	1	—	—	
, 31 , 40	3	1	1	—	—	1	1	—	—	
. 41 . 50	—	1	1	—	—	—	—	—	—	
Возвратилось к исходному	31	20	6	2	1	64	35	14	3	
Повысилось с 13 до 36 .	18	15	3	4	2	10	12	—	3	
Итого случаев .. .	80	50	15	6	3	80	50	15	6	3

Таким образом, артериальное давление, снизившееся под влиянием курортной терапии, остается сниженным через год у 31 человека из 80 (38,7%), через 2 года — у 15 из 50 (30%), через 3 года — у 6 человек из 15. Через 4 года и 5 лет наблюдалось повышение или стабильность артериального давления во всех случаях (по сравнению с первоначальными цифрами). Минимальное давление через год остается сниженным в 6 случаях из 80, через 2 года — в 3 из 50, через 3 года — в одном случае из 15. Через 4 и 5 лет во всех случаях минимальное давление возвращалось к исходному или повышалось (по сравнению с первым годом). Наряду со снижением артериального давления у 40% больных сохранялось улучшенное субъективное и объективное состояние. При повышении кровяного давления отмечалось нарастание субъективных жалоб и ухудшение клинического состояния. Из разбора данных ортодиаграфии мы обнаружили, что в первый год у наших больных (106 человек) атеросклеротические изменения со стороны

аорты встречаются в 67% случаев. Через год процент атеросклероза аорты увеличился до 85, а через 3 года и больше мы отмечали атеросклеротические изменения со стороны аорты во всех случаях, т. е. и там, где в первые годы атеросклеротических изменений не обнаруживали. Увеличение левого желудочка в первый год пребывания в санатории мы находили у 83% больных, а при повторном наблюдении через год и больше левый желудочек был увеличен у всех больных. На электрокардиограмме, снятой в 6 случаях через год, 2 и 3 года, обнаружено увеличение Кс в 5 случаях (на 0,01—0,06).

Сравнивая результаты изменений артериального давления в конце первого курса лечения и последующих лет, мы установили, что артериальное давление больше всего снижается в конце первого года лечения. Результаты наблюдений приведены в табл. 5.

Таблица 5

Изменение артериального давления в мм ртутного столба	Максимальное					Минимальное				
	конец 1-го курса	конец 2-го курса	конец 3-го курса	конец 4-го курса	конец о-- 6-го курса	конец 1-го курса	конец 2-го куоса	конец 3 го курса	конец 4-го куоса	конец 5— 6-го курса
■Снижениеот 11 до 20 . ..	**41**	20	16	2			22	**18**	—	
. . 21 . 30. ••	25	19	15	1			13	**12**	—	
. . 31 . 40. ..	16	8	5	2				—	—	
. . 41 , 50. ..	*1*	3	1	—				—	—	
, , 51 , 60. ..		5	2	—						
. на 95		1								
Повышение от 11 до 40 . .	**1**	**4**	**2**	**4**	3				6	6
Без перемен	16	20	9	6	6	58	45	20	9	3
Итого случаев . . .	106	80	50	15	9	106	80	50	15	9

Из табл. 5 отчетливо видно, что артериальное давление с каждым годом все более стабилизируется или начинает повышаться. В результате повторного того же вида лечения снижение артериального давления наблюдается все меньше и реже. С четвертого года наблюдается резкое преобладание группы с повышенным кровяным давлением после лечения. В предыдущие годы у этих же больных наблюдалось снижение артериального давления. Это подтверждает предположение о том, что гипертония из функциональной фазы переходит во вторую и, наконец, в третью стадию (Кончаловский, Фогельсон), вызывая артериолосклеротический и ускоряя атеросклеротический процесс (Фогельсон). При наших наблюдениях отмечены также изменения функции почек, о чем свидетельствуют проводимые из года в год у одних и тех же больных исследования мочи. Результаты исследования показывают, что состав мочи изменяется в патологическую сторону. Появляются или нарастают эритроциты и цилиндры, понижается или становится монотонным удельный вес. При повторении лечения артериальное давление у наших больных по сравнению с исходными цифрами снижается на протяжении 3 лет. С каждым последующим годом уменьшается процент больных, у которых снижается кровяное давление, а также наблюдаются значительно меньшие колебания цифр артериального давления. После 4 лет, несмотря на то же лечение, артериальное давление, как максимальное, так и минимальное, у наших больных оставалось на исходном уровне или повышалось. Одновременно следует отметить, что у подвергавшихся лечению гипертоников после 3 лет имелись более выраженные субъек-

тивные жалобы, более отчетливые нарушения компенсации, более высокие цифры артериального давления и указания на начальные нарушения функции почек.

На основании наших наблюдений мы позволяем себе сделать следующие выводы.

1. Комбинированное речение (мацестинские ванны, морские ванны и д'арсонваль; мацестинские ванны и морские ванны) дает лучшие результаты, чем лечение одними мацестинскими ваннами в условиях курорта.

2. В результате курортного лечения наблюдается наибольшее снижение максимального артериального давления. Общее улучшение состояния больных в большинстве случаев совпадает с понижением артериального давления.

3. В каждый последующий год лечения уменьшается процент больных, у которых под влиянием курса лечения артериальное давление снижается. Абсолютные цифры снижения кровяного давления также уменьшаются.

4. Артериальное давление, уменьшившееся в результате курортного лечения, сохранялось сниженным у 30—40% наших больных не более трех лет. В дальнейшем кровяное давление у этих больных стабилизировалось или проявляло тенденцию к повышению, несмотря на лечение.

5. Для лечения гипертоников на курорте Сочи-Мацеста наиболее показанными являются осенний и весенний сезоны, менее полезен зимний и противопоказан летний сезон.

★

А. Е. ШЕВАЛЕВ

ПРИМЕНЕНИЕ ВАГО-СИМПАТИЧЕСКОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

(Предварительное сообщение)

Еще Пирогов писал, что статистические данные в медицине часто «говорят и хорошее, и худое, смотря по тому, как и кто заставляет их говорить. При малейшем недосмотре, неточности и произволе на эти цифры можно гораздо менее положиться, чем на данные, оставшиеся у нас после простого, но трезвого наблюдения случаев».

Отдельные наблюдения особенно ценны и важны, когда они, вступая в противоречие с установившимся мнением, с накопленным статистическим материалом, будят мысль, заставляют более углубленно изучать вопрос и находить причины обнаружившихся несоответствий и отклонений. О нескольких таких наблюдениях мы и хотим поговорить в этой статье.

Хотя применение новокаинового ваго-симпатического блока при проникающих ранениях груди имеет довольно короткую историю, но оно быстро получило распространение. Метод Моррисона (1925), предложившего блокировать при операциях в грудной полости блуждающий нерв, был расширен работами Вишневского, Девиса, Бурденко и Линберга, и теперь очень часто применяется одновременно блокада симпатических шейных узлов.

Особенно широкое применение новокаиновый ваго-симпатический блок получил в годы Великой отечественной войны. Тогда в МСБ, ППГ, а часто и на ПМП почти всем раненым с проникающими ранениями

груди, независимо от тяжести ранения и общего состояния, производили ваго-симпатическую блокаду. Такой огульный подход нам кажется неправильным и необоснованным.

Блокада бесспорно дает положительный эффект при шоке. Но мы не знаем, как действует блокада на другие осложнения при проникающих ранениях груди, как она влияет на внутриплевральное кровотечение, на пневмоторакс? Применение новокаиновой ваго-симпатической блокады во всех случаях проникающих ранений груди могло бы иметь основание, если бы все эти ранения сопровождались шоком, но шок встречается не всегда и не всегда главными при нем являются болевой и рефлекторный моменты, на которые в основном рассчитана блокада.

Практика войскового района показывает, что главную опасность представляют легочные кровотечения. Так, Ахутин (1940), характеризуя проникающие ранения груди с большой зоной повреждения и открытым пневмотораксом, т. е. категорию ранений, в которой главной опасностью считают плевро-бронхо-пульмональн^й шок, пишет: «У меня сложилось впечатление, что главная опасность,'угрожающая таким раненым, кроется не в самом открытом пневмотораксе, правда, резко нарушающем функцию дыхания из-за колебаний средостения, а в неизбежно сопутствующем огнестрельному пневмотораксу профузном легочном кровотечении. Именно оно и послужило причиной смерти на этапах эвакуации и в пути тех пострадавших, у которых была ранена только грудь». Но если часто в картине ранения груди главное—кровотечение, то нужно ли в этих случаях делать с лечебной целью новокаиновую ваго-симпатическую блокаду? Имеем ли мы достаточно оснований лечить внутриплевральное кровотечение новокаиновой блокадой? Не будет ли правильнее не забывать, что до сих пор не решен вопрос, поставленный Н. И. Краковским еще в 1939 г.: «безопасен ли новокаиновый блок?»

Производя ваго-симпатический блок с целью профилактики плевро-бронхо-пульмонального шока и борьбы с ним, мы не должны забывать, что хотя «наиболее часто шок встречается при ранениях брюшной и грудной полостей, однако нельзя согласиться с утверждением некоторых авторов о том, что в этих случаях шок встречается почти в 80%» (Сельповский, 1944).

Тот же автор указывает, что при проникающих ранениях грудной клетки шок наблюдался лишь у 27% раненых. По нашим данным, из 98 раненных в грудь шок был у 39°/о.

На первом месте по частоте осложнений проникающих ранений груди, по нашим наблюдениям, стоят легочные и плевральные кровотечения в комбинации с пневмотораксом. Они составляют 46%, из которых 18% относятся за счет форм со значительно выраженным гемотораксом при клинически не диагносцируемом пневмотораксе и без выраженных явлений плевро-бронхо-пульмонального шока.

Наконец, не следует забывать и о тех случаях с полным отсутствием каких-либо явлений шока, о которых А. П. Крымов (1937) писал: «Огнестрельные повреждения легкого, как сквозные, так и слепые, протекают, действительно, иногда очень легко. В клинической картине нередко наблюдается только незначительное кровохаркание — всего несколько слабо окрашенных кровью плевков». По данным Якобсона, кровохаркание как единственный симптом проникающего ранения груди наблюдается в 32% случаев. Работая в системе МСБ и наблюдая раненых с проникающими ранениями груди в первые часы после ранения, мы интересовались именно этими двумя категориями, т. е. проникающими ранениями груди, осложненными клинически почти исключительно внутриплевральным кровотечением, и проникающими ранениями груди, протекающими очень легко, без каких-либо выраженных клинических осложнений. Нас особенно интересовал вопрос о влиянии ваго-симпатического новокаинового блока на эти категории раненых.

Отдельные наблюдения, которые мы хотим здесь привести, относятся именно к этой категории ранений груди без ясно выраженных или совершенно отсутствующих явлений шока. Некоторое несоответствие наших результатов лечения их новокаиновой ваго-симпатической блокадой с данными других авторов объясняется очевидной и бесспорно положительной ролью, которую вообще играет блокада в случаях шока.

Положительнее влияние блокады слишком приковывает к себе внимание и мешает наблюдать значительно реже встречающиеся отрицательные результаты ее. Кроме того, новокаиновая ваго-симпатическая блокада, как элемент неотложной помощи, обычно применяется сразу при поступлении раненого. Поэтому мы, не зная состояния раненого до блокады, не можем при дальнейшем наблюдении судить, ослабляются или увеличиваются под влиянием блокады те или иные осложнения, те или другие клинические симптомы.

Таким образом, трудно дать правильную оценку этого метода. Трудно также заметить и отдельные индивидуальные реакции на блокаду, в зависимости от особенностей каждого случая.

Наших наблюдений, конечно, недостаточно для установления определенных противопоказаний к применению новокаинового ваго-симпатического блока при некоторых категориях ранений груди. Но так как итоги этих наблюдений противоречат имеющимся статистическим материалам, мы считаем необходимым сделать более глубокий экспериментальный анализ механизма новокаинового ваго-симпатического блока, тщательнее изучить его положительные и отрицательные стороны, а также выработать наиболее правильную методику его применения.

Так, у наших раненых с проникающими ранениями груди, осложненными внутриплевральным кровотечением, мы нередко наблюдали под действием блокады усиление внутриплеврального кровотечения.

Приведем две выписки из наиболее характерных историй болезни.

Гвардии старшина Е., 28 лет. Доставлен из ПМП через 2ч2 часа после ранения. Диагноз: слепое осколочное ранение в правой лопаточной области на уровне 3-го ребра с повреждением лопатки, ранение легкого, гемоторакс. Рана 3 X 1 см с ушибленными краями. Из раны незначительное кровянистое отделяемое. Бледность лица и слизистых оболочек, пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Жалобы на слабость и колющую боль в правой части грудной клетки, кашель с выделением кровянистой мокроты. Перкуторно— притупление справа до 5-го ребра. В нижних отделах правого легкого дыхание не выслушивается, слева — везикулярное дыхание. Обработка раны, инъекция 2 см^3 морфина, введение противостолбнячной и противогангренозной сыворотки. Граница притупления справа отмечена чернильным карандашом. Покой, полусидячее положение в постели. Раненый находится под непрерывным наблюдением дежурного врача. К вечеру, через 7*/а часов после поступления раненого в МСБ, общее состояние и самочувствие удовлетворительное, боли в грудной клетке уменьшились, беспокоит болезненный кашель. Пульс 102 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичен. Граница притупления справа попрежнему соответствует 5-му ребру. Решено для снятия беспокоящих кашлевых рефлексов произвести ваго-симпатическую блокаду по Вишневскому. Шейная ваго-симпатическая блокада справа. Через 20 минут после окончания блокады больной жалуется на слабость, через 45 минут развилась одышка, поверхностное дыхание реберного типа, вскоре — цианоз и головокружение. Пульс 126 ударов в минуту, слабого наполнения, ритмичный. Перкуторно'— граница притупления оправа сместилась до уровня 3-го ребра. Морфин, пункция плевральной полости справа с откачиванием свежей крови, сердечные. Внутривенно введен 10°/о раствор хлористого кальция. Через 1ч2 часа состояние прогрессивно ухудшается, пульс нитевидный, несосчитываемый, резкая одышка. Сердечные, переливание крови. Через 2 часа 40 минут раненый умер при явлениях анемии на почве внутриплеврального кровотечения.

Гвардии рядовой Р., 26 лет. Самостоятельно пришел в МСБ через час после ранения. Диагноз: сквозное пулевое ранение груди слева с повреждением левого легкого. Общее состояние хорошее, жалуется на боль в области раны, отмечал мокроту с примесью крови. Пульс 68 ударов в минуту, хорошего наполнения, напряжения, ритмичный. При тщательном клиническом исследовании каких-либо признаков, указывающих на гемоторакс или пневмоторакс, установить не удалось. Раны размерами 1 X 1,5 см и 1,5 X 2 см с незначительным кровянистым отделяемым. Раненому введена противостолбнячная сыворотка. Обработка ран, повязки. Назначен покой, постельный режим, морфин на ночь. На следующий день утром при осмотре

раненого установлено: общее состояние удовлетворительное, ночью спал[1] плохо, аппетит хороший, пульс 74 удара в минуту, хорошего наполнения, ритмичный, дыхание евободное, болезненность при глубоком вдохе, кашель (примеси крови в мокроте не отмечается). Перкуторио и аускультативно гемоторакса не установлено. Вечером жалобы те же: беспокоит боль в груди слева и кашель. Для снятия этих беспокоящих явлений сделана левосторонняя ваго-симпатическая блокада. Боли и кашель уменьшились, но через Р/г часа раненый жалуется на затруднение при дыхании и резкую слабость. При исследовании установлено: кожные и слизистые покровы бледны, пульс 108 ударов в минуту, слабого наполнения, ритмичный. Перкуторно — притупление слева до VI ребра. Аускультативно — дыхание в нижней части левого легкого отсутствует. Пробной пункцией в 8-м межреберном промежутке добыто 20 см^3 свежей крепи. Переливание 100 см^3 консервированной крови, сердечные. После переливания крови общее состояние улучшилось. Через 3 часа граница притупления слева на прежнем уровне. Внутриплевральное кровотечение больше не повторилось.

Конечно, подобные случаи сами по себе еще не дают права отрицательно расценивать роль ваго-си.мпатического блока, утверждать, что именно блок является главной причиной усилившегося внутриплеврального кровотечения. Однако мы имели несколько таких случаев, протекавших в чрезвычайно благоприятных для наблюдения условиях. Речь идет о случаях наложения в МСБ при проникающих ранениях груди с открытым пневмотораксом сифонного дренажа плевральной полости. В этих условиях мы могли объективно учитывать величину и скорость внутриплеврального кровотечения. Приведем выписку из истории болезни.

Гвардии рядовой К., 26 лет. Доставлен в МСБ через 4 часа после ранения. Диагноз: сквозное пулевое ранение груди справа, ранение легкого, открытый геможеневмоторакс. Перелом V и VI ребер. Раненый доставлен из ПМП с окклюзионной повязкой. Состояние раненого тяжелое: одышка, цианоз, пульс 111 ударов в минуту, слабого наполнения, ритмичный. Жалобы на стесненное болезненное дыхание, болезненный кашель, боли в области раны. Морфин 2 см^3, сердечные, введена противостолбнячная и противогангренозная сыворотка. Больной дышит спокойнее. При снятии повязки из раны вытекло около 150 см^3 пенистой крови, после чего истечение крови почти прекратилось. Под местной инфильтрационной анестезией новокаином раны иссечены, удалены осколки ребер, наложены плеврально-мышечные швы с сифонным дренажем. Через дренажную трубку отмечается незначительное истечение крови. Покой, полусидячее положение в постели. Через 2 часа истечение крови из дренажной трубки прекратилось. Через 3'/г часа сделана ваго-симпатическая блокада для снятия болевых ощущений и уменьшения одышки. Непосредственно после блокады возобновилось сильное истечение свежей крови из дренажа. Только после внутримышечной инъекции стерильного раствора теплой 1О°/о желатины и переливания 80 см^3 консервированной крови кровотечение постепенно прекратилось.

Конечно, этих случаев недостаточно для определенных заключений. Но особенности наблюдений и, главное, их полное соответствие с последними данными физиологии легочного кровообращения не позволяют оставить их без внимания и считать случайными.

Учение о сосудодвигательной иннервации сосудов легких, разработанное Плюмье (1904), Вигерсом (1904), Крогом (1910), Фюнером и Старлингом (1913), Трайбом (1914), Низимаром (1923) и, 'наконец, в последнее время Доли и фон Эйлером (1932), теперь вылилось в стройную систему, и бесспорно «удалось показать наличие активных сосудодвигательных нервов в легких» (Дели и фон Эйлер).

Особенно интересны работы Каваццани (1891), Франсуа-Франка (189о), ле Бланка (1924), Леблана и Вайнгардена (1924), де Берга, Дели и Эйлера (1932), устанавливающие сосудодвигательную иннервацию сосудов легкого со стороны пограничного ствола симпатического нерва и именно его грудного и шейного отдела. Они четко указывали на сосудосуживающую роль симпатической системы, поддерживающей все время определенный тонус сосудов легкого, их определенный просвет.

С другой стороны, работами Тальянцева (1883), Броди (1900), Броди и Русселя (1901), Ромма (1924), ле Бланка (1924) установлено сосудорасширяющее влияние на сосуды легкого со стороны блуждающего нерва.

Экспериментами установлено, что благодаря такой сосудодвигательной иннервации сосудов легкого могут происходить глубокие и большие изменения в легочном кровообращении, особенно в наполнении легкого кровью. Эти изменения настолько велики, что некоторые исследователи, как Хохрейн и Коллер (1932), создают особое представление о легком, как о значительном депо крови, которое, по их данным, может вместить до 50% всей циркулирующей в организме крови. Важно отметить, что теперь некоторые исследователи — Баркрофт (1936), Ларин (1942) и др.— видят основную роль сосудодвигательной иннервации легких в воздействии на способность легочных сосудов расширяться.

Так, Дж. Баркрофт (1936) пишет: «У человека в покое в одну минуту через легкие проходит около 4 л крови, во время работы — около 25—30 л. Каково бы было давление в легочной артерии, если бы сосуды не расширялись или даже если они расширялись бы только под давлением крови? Однако те факты, которыми мы располагаем, говорят, что при работе давление в правой части сердца и при систоле и при диастоле если и повышается, то лишь незначительно».

Как же в таком случае должна влиять ваго-симпатическая новокаиновая блокада на сосудодвигательную иннервацию сосудов легкого, как должно изменяться кровообращение в легком и его кровенаполнение?

На этот вопрос можно дать один ответ — сосуды легкого под действием новокаиновой блокады симпатических узлов расширяются так же, как они расширяются после новокаиновой блокады в других отделах организма. О сосудорасширяющем действии новокаиновой блокады симпатических узлов много сказано в работах Лериша (1938), есть указания в работах А. В. Вишневского (1940), А. А. Вишневского и М. О. Осипова (1934) и других авторов.

Лериш (1938) пишет: «Когда новокаин касается симпатических элементов, он уничтожает их тоническое действие и в соответствующей территории создается режим активного сосудорасширения».

Больше того, Лериш и Шамов (1942) предлагают лечить эмболию и рефлекторный спазм легочных сосудов, тромбоз их новокаиновой блокадой звездчатого узла и приводят ряд положительных клинических наблюдений. Шамов (1942) по этому вопросу пишет о необходимости «считать немедленную блокаду звездчатого узла обязательной во всех случаях эмболии легочной артерии».

Конечно, положительная оценка применения новокаиновой ваго-симпатической блокады при проникающих ранениях груди основана на больших статистических данных. Тем не менее результаты наших наблюдений нельзя сбрасывать со счета. Необходимо в четком эксперименте найти объяснение обнаружившихся противоречий.

Так, необходимо объяснить несоответствие данных клиники с данными экспериментальной физиологии. Клиника утверждает, что новокаиновая ваго-симпатическая блокада во всех случаях проникающих ранений груди, включая и случаи с угрожающим жизни внутриплевральным кровотечением, всегда полезна и всегда должна быть произведена. Экспериментальная же физиология указывает, что новокаиновая блокада симпатических узлов, изменяя ^легочное кровообращение, резко увеличивая приток крови к легким, отнюдь не безразлична при проникающих ранениях груди с внутриплевральным кровотечением и, наоборот, может принести вред. И наконец, нужно объяснить противоречие в методах самой клиники. С одной стороны, при проникающих ранениях груди с внутриплевральным кровотечением для остановки кровотечения и образования тромба применяется целая система самых сильных гемостатических средств. С другой стороны, произволят новокаиновую блокаду симпатических узлов — апробированное наблюдениями Лериша и Шамова, теоретически обоснованное средство в борьбе с тромбозом легочных сосудов.

Правильно ли во всех случаях ранений груди, без определенных показаний, включать в новокаиновую блокаду, помимо блуждающего нерва, который, бесспорно, необходимо блокировать во многих случаях не только с лечебной целью, но и для профилактики шока, и блокаду симпатических узлов, как это мы делаем при закрытой блокаде по Вишневскому?

Не является ли огромным преимуществом открытой блокады по Бурденко возможность блокировать, избирательно следуя определенным показаниям, либо блуждающий нерв, либо блуждающий нерв и симпатический узел вместе?

К этим вопросам мы пришли в своей работе в МСБ в годы Великой отечественной войны. Правильно ответить на них можно не на основе статистического материала и описания отдельных случаев, а на основе **четко и** правильно поставленного эксперимента.

Доц. Н. И. ГРИГОРЬЕВ

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЭМПИЕМ ПЛЕВРЫ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

За 4 года работы в тыловом специализированном госпитале мы наблюдали большое количество раненых с различными поздними нагноительными процессами. Среди общего контингента раненных в грудь, лечившихся оперативно в нашем госпитале, случаи осложнений эмпиемой учащались по мере удаления от нас фронта. В первый период войны осложнения эмпиемой были у 11% раненых, во второй — у 17%. До 90% больных, страдающих эмпиемой, подвергалось тем или иным оперативным вмешательствам на предшествующих этапах эвакуации.

Хронической эмпиемой принято называть гнойное воспаление плевральной полости, развившееся после острого раневого пиоторакса и характеризующееся стационарным частичным спадением легкого. Момент возникновения хронической эмпиемы определяется прекращением расправления легкого. Обычно это происходит через два-три месяца после ранения. Образование хронических эмпием вызывается различными патогенетическими факторами. У нас наиболее частыми причинами оказались бронхиальные свищи, фиброзные процессы в легком, инородные тела в грудной полости, остеомиэлиты костей грудной клетки, дефекты лечения раневых плевритов, инфекция и раневое истощение. Бронхиальные свищи мы наблюдали у 5% раненых с проникающими ранениями груди. В 19% случаев они поддерживали хронические эмпиемы. По характеру **и** величине бронхиальные свищи чрезвычайно разнообразны. При лечении раневых пиотораксов бронхиальные свищи препятствуют расправлению легкого и способствуют переходу острого плеврального процесса в хронический.

Следующим существенным моментом в возникновении хронических эмпием следует считать оставление в грудной полости (легком и плевре) инородных тел. В 17% случаев нам удалось установить связь хронической эмпиемы с инородными телами, в последующем удаленными при операции. Среди инородных тел, вызывающих хроническую эмпиему, наиболее часто (в 60% случаев) встречаются металлические (пули и осколки), реже костные осколки (29%) и забытые при лечении пиоторакса резиновые дренажи и полоски (11%).

Довольно частой причиной хронической эмпиемы являются дефекты лечения раненых с проникающими ранениями груди.

При правильном применении дренажа (подводный дренаж) он **может** действовать с пользой от 3 до 5 недель. Дольше оставлять дренаж

нецелесообразно, ибо он становится инородным телом и может стать причиной хронической эмпиемы.

Мы наблюдали случаи длительного лечения плевральной полости дренажами до 3 и 4 месяцев, когда уже имелась хроническая эмпиема. В отдельных случаях удаление дренажной трубки вело к быстрому выздоровлению. Пассивную тактику при инородных телах в грудной полости также нужно считать ошибкой, особенно если это крупные осколки с острыми и неровными краями.

Вследствие неправильного и затянувшегося лечения раневых плевритов в спавшемся легком развивается фиброзный процесс, который в дальнейшем мешает расправлению легкого и также ведет к развитию хронической эмпиемы. Фиброз легкого, развившийся на почве дефектов лечения гнойных раневых плевритов и послуживший причиной возникновения хронической эмпиемы, мы наблюдали в 50°/а случаев.

Реже развитие хронических эмпием вызывается пристеночными абсцессами легкого, остеомиэлитами ребер со свищевыми ходами в плевральную полость, параплевритами и гнойным воспалением реберных хрящей (14% всех случаев хронических эмпием).

Последней причиной, поддерживающей хроническую эмпиему, является инфекция и раневое истощение (5%). При проникающих ранениях груди, осложненных инфекцией, преобладают стрептококки (65^{9}/«) > анаэробы (43°/о), стафилококки, диплококки и др.

Патологическая анатомия хронических эмпием характеризуется наличием стационарной, не уменьшающейся в объеме, остаточной полости, сообщающейся с наружной поверхностью торакальным свищом.

Клиническое течение хронических эмпием характеризуется симптомами, присущими длительному плевральному процессу с признаками хронической гнойной интоксикации. В крови отмечается снижение гемоглобина, лейкоцитоз, высокая РОЭ, сдвиг влево в лейкоцитарной формуле. В поздних случаях развиваются явления хрониосепсиса, общее истощение, малокровие, начинают страдать внутренние органы: печень, почки, сердце, кишечник и др. В далеко зашедших случаях в моче появляются белок и гиалиновые цилиндры, стул делается жидким и частым (септические поносы).

Диагноз хронической эмпиемы не труден, он ставится на основании наличия наружного плеврального свища, ведущего в остаточную полость. Прогноз при хронических эмпиемах неблагоприятный, поскольку в легком и плевре развиваются необратимые фиброзные изменения с расстройством функции дыхания. Лечение хронических эмпием проводится как консервативными, так и оперативными методами.

Консервативное лечение применяется в раннем периоде, когда еще не исчезла способность легкого к расправлению, т. е. на третьем и четвертом месяце после ранения. Здесь прежде всего применяются меры общего воздействия на организм и местные мероприятия. Из мер общего воздействия следует указать на переливание крови, диэтетическое лечение, лечебную дыхательную гимнастику и др. Из местных — создание условий для хорошего оттока гноя (подводный дренаж) и лучшего расправления легкого (вакуум-аппараты). Для нейтрализации бактериальной флоры применяются сульфамиды и другие антисептические средства (риванол, перекись марганца, хлорамин, бактерицид).

При ограниченных полостях в раннем периоде хорошие результаты дает широкая торакотомия с последующим тампонным методом лечения (Вишневский, Коннорс).

Оперативное лечение применяется с 5-го месяца после ранения, если консервативное лечение оказалось безрезультатным. Так как в основе хронической эмпиемы лежит фактор неспадения плевральной полости, то все применяемые операции преследуют цель ликвидации этой полости или путем мобилизации грудной стенки и приближения ее к легко-

му или мобилизации и расправления легкого и приближения его к грудной стенке. В первом случае применяется операция торакопластики, во втором — декортикация легкого.

Более широкое применение получила операция интраплевральной торакопластики по Шеде с различными вариантами. Принцип интраплевральной торакопластики заключается в радикальном иссечении всей измененной наружной стенки полости, т. е. утолщенной костальной плевры со швартовыми наложениями, ребер вместе с надкостницей и. межреберными мышцами. После этого грудная стенка становится податливой (она состоит только из кожно-мышечного лоскута), легко приближается к висцеральной плевре и наступает приживление.

Операция декортикации по Делорму может быть применена только в ранней стадии болезни (не позже 6 месяцев после ранения), когда спавшееся легкое еще не успело прорасти фиброзной тканью и не потеряло способности к расправлению. При этой операции очень часто повреждается легкое, появляется паренхиматозное кровотечение и иногда развиваются легочные свищи.

Оригинальной операцией при хронической эмпиеме огнестрельного происхождения следует признать лестничную торакопластику по Линбергу. Эта новая операция создана у нас в СССР во время Великой отечественной войны. При этой операции производится поднадкостничная резекция ребер над полостью; по ходу каждого ребра делается прорез до полости плевры; в каждый прорез закладывается тампон; полость плевры заполняется грануляциями, разрастающимися из оставшихся межреберных промежутков. Операция может быть произведена в два-три момента, имеет много преимуществ перед операцией Шеде и с успехом может применяться при плоскостных неглубоких полостях и в более ранних случаях, пока не наступили глубокие изменения в межреберных мышцах. .

Наш личный опыт лечения хронических эмпием основан на 500 случаях. Свою тактику при лечении эмпием огнестрельного происхождения мы изложили в одной из предыдущих работ (Хирургия, 10, 1943). В основном она сводится к следующему. Учитывая, что в госпитали глубокого тыла поступают больные, уже оперированные на предшествующих этапах и прошедшие стадию предварительного лечения (консервативное лечение, торакотомия с подводным дренажем и др.), мы с самого начала стали придерживаться тампонного метода лечения типа Коннорса-Вишневского.

После подготовки сердечно-сосудистой системы (стрихнин) и общеукрепляющего лечения (переливание крови, диэтотерапия, лечебная физкультура) производим широкую торакотомию посредством последовательной резекции двух-трех ребер от свища по направлению к центральной части полости. Такой тип операции позволяет определить пальцем величину полости уже после резекции одного ребра и в дальнейшем ориентироваться в размерах и количестве подлежащих резекции ребер. Далее соответственно резецированным ребрам мы вырезаем окно из всех мягких тканей (межреберные мышцы, костальная плевра). Плевральную полость очищаем от гноя, фибрина, удаляем инородные тела, полость протираем спиртовыми салфетками и рыхло тампонируем. При таком тампонном методе лечения 83% больных выздоровели, 12% больных пришлось делать дополнительную операцию торакопластики и 5% умерли.

Мы не имеем оснований раскаиваться в том, что начинаем лечение хронических эмпием с тампонного метода. Наоборот, если учесть, что больные, которых мы получили, находились в очень тяжелом состоянии, то результаты надо считать ободряющими. Так, например, в 18% случаев мы имели тотальные эмпиемы, в 24% — субтотальные и только в 58% — осумкованные с различной локализацией. При этом в 17%

случаев из плевральной полости мы удалили инородные тела, поддерживавшие хроническое течение эмпиемы. Обнаруженные у 19% больных ранее нераспознанные бронхиальные свищи в 90%. случаев зажили. Это мы объясняем исключительно влиянием тампонного метода. Наконец, принятый нами метод позволил уменьшить плевральную полость в тех 12% случаев, где не наступило выздоровления, очистить ее, вызвать появление здоровых грануляций и тем самым подготовить ее для производства торакопластики. Если при операции торакотомии с тампонадой мы имели тотальные эмпиемы в 17% случаев, субтотальные в 21%, то после торакопластики мы ни в одном случае не наблюдали ни тотальной, ни субтотальной хронической эмпиемы. За все время войны, несмотря на большое количество раненых, нам ни разу не пришлось прибегать к широкой типичной торакопластике по Шеде.

Всего мы произвели НО операций торакопластики, из них в 60 случаях торакопластика явилась повторным вмешательством после торакотомии. Остальные 50 больных поступали к нам на пятый месяц и более после ранения уже в состоянии, когда была возможна только торакопластика.

Опыт подсказывает, что если в течение 5 месяцев после ранения больной не выздоравливает, то оттягивать операцию торакопластики не следует. В поздние сроки операция дает худшие результаты.

Мы придерживались следующей техники операций. Прежде всего большое внимание уделяем подготовке больного. Неоднократно переливаем кровь, при этом стремимся процент гемоглобина довести до 50—60. Для поднятия тонуса сердечно-сосудистой системы ежедневно в течение десяти дней производим подкожные инъекции стрихнина. Иногда делаем до двадцати инъекций стрихнина. Плевральную полость подготовляем тампонадой и промыванием антисептическими растворами, добиваясь стихания воспалительных явлений на плевре и вокруг свища и прекращения отделения гноя. Температура больного должна снизиться до нормальных цифр, а общее состояние — стать удовлетворительным. Обезболивание мы производили местное 0,25% раствором новокаина без адреналина. Анестезию межреберных мышц производили на одно ребро выше и ниже подлежащих резекции ребер. Иногда у субъектов с повышенной возбудимостью применяли общий наркоз. В качестве основного наркотизирующего вещества брали 1 г гексенала, затем переходили на эфир.

Разрез мягких тканей производили в соответствии с формой и положением полости. При узких и щелевидных полостях разрез делали над средней частью ее от верхнего полюса до свища. При более или менее распространенных полостях пользовались языкообразным разрезом. Задняя часть разреза идет сверху вниз от ребра, соответствующего верхней границе полости, и спускается книзу по заднему краю ее, постепенно овалом приближаясь к свищу. Свищ иссекали вместе с рубцовой кожей. Далее разрез идет кпереди и постепенно по переднему краю полости загибается кверху до уровня начала заднего разреза. Затем отделяли весь кожно-мышечный лоскут от ребер и постепенно Оттягивали кверху. Производили поднадкостничную резекцию одного или двух ребер в области свищевого отверстия, свищ рассекали по зонду или пальцу в направлении полости. Введенным в свищ пальцем обследовали доступную часть полости и этим самым определяли размер резекции следующего ребра, которое удаляли в пределах полости, заходя в каждую сторону на 1 см. Таким образом, постепенно расширяя свищ и резецируя ребра, доходили до верхнего полюса полости. Последнее ребро резецировали по возможности выше верхнего ее края так, чтобы не оставалось навеса и карманов.

‘ Данные о размерах наших операций по количеству резецированных ребер представлены следующими цифрами.

Количество резецированных ребер	Число случаев	Количество резецированных ребер	Число случаев
2 ребра	9	8	.....7.....
3 , •.....	15	9.	.....1.....
4	18		
5 ребер	26'		
6 ребер	20	Итого	НО
7	14		

Длина резецированных участков ребер колебалась в среднем **от И** до 20 см. В дальнейшем над полостью иссекали весь пласт, состоящий из межреберных мышц, надкостницы, нервов, сосудов и утолщенной костальной плевры. На кровоточащие межреберные сосуды накладывали зажимы, после чего в большинстве случаев кровотечение останавливалось без лигирования. Полость эмпиемы осушали марлевыми салфетками, освобождали от скопления гнойных грануляций и протирали спиртом. При плотных изменениях висцеральной плевры на ней делали крестообразные насечки до легочной ткани. Перед ушиванием раны всю ее поверхность припудривали стрептоцидом (10—15 г). Кожно-мышечный лоскут возвращали на свое место и подшивали (узловатые кетгутовые швы — на мышцы, шелковые — на кожу). При этом большое значение имело прилаживание мышечного лоскута к внутренней стенке плевральной полости. Мы добивались, чтобы он прилегал ко всем углублениям и не оставлял так называемых мертвых пространств. Мышечный лоскут подшивали кетгутом, начиная сверху и сзади. В тех случаях, когда была глубокая полость, из прилежащих мышц грудной стенки выкраивали мышечный лоскут на ножке и узловатыми швами фиксировали его ко дну полости. Иногда приходилось пользоваться двумя встречны**ми** лоскутами из различных мышц.

Для пластики, в зависимости от расположения полости, можно использовать различные мышцы: широкую мышцу спины, трапециевидную, длинную мышцу спины, большую грудную, переднюю зубчатую. При низко расположенной наддиафрагмальной полости можно- использовать наружную косую и прямую мышцы живота. Для сохранения функции мышц, из которых выкраивается лоскут, не следует для пластики брать их целиком. Чтобы не нарушать питания мышцы, ножку ее следует помещать на той стороне, с которой идут сосуды и нервы, а также стремиться сохранить фасциальную оболочку, по которой пробегают мелкие, питающие мышцу сосуды. •

При мелких капиллярных бронхиальных свищах мы накладывали перибронхиальный шов и дальше к легкому в этом месте подшивали мышцу. Крупные свищи освежали острой ложечкой и тампонировали мышечным лоскутом, который по краям также фиксировали к легкому отдельными кетгутовыми швами. Под мышцу подводили резиновый дренаж и марлевый тампон, пропитанный эмульсией стрептоцида. При больших полостях приходилось* оставлять несколько тампонов, концы которых мы вводили в нижне-задний угол раны. Первый раз тампоны сменяли через 7—10 дней. Дренажную трубку иногда оставляли еще на некоторое время — через нее оставшуюся для гранулирования плевральную рану орошали антисептическими растворами.

Очень важно последующее лечение тампонадой. Тампоны нужно укладывать рыхло, но в то же время тщательно, не оставляя свободных мест, в которых мог бы скопиться гной. Частота смены тампонов зависит от общего состояния больного и количества выделений из раны. Мы придерживались системы редких перевязок и производили их в случае пропитывания повязки и тампонов гноем или при повышении температуры.

Обычно в первое время после операции отделяемое из рапы увеличивается, так как воспалительный процесс обостряется. При этом всегда наблюдалась патология пересаженной мышцы: мышца отекает, бледнеет, иногда покрывается фибринозно-гнойным налетом. В конечном итоге происходит частичная атрофия ее и прорастание фиброзной тканью.

В послеоперационном периоде необходимо строго следить за общим состоянием больного. Уже на операционном столе мы производили переливание крови (200—225 см^3). Такие малые дозы переливали во всех случаях с гемостатической и стимулирующей целью. При заметном падении кровяного давления производили более массивные переливания крови (400—600 см^3). Переливание крови повторяли через каждые четыре-пять дней в течение месяца. Для улучшения диафрагмального дыхания больным придавали полусидячее положение с согнутыми в коленях ногами. При одышке назначали кислород, а при расстройстве сердечной деятельности — камфору, кофеин и др. Как только больные оправлялись от операционной травмы (обычно на 3-й и 4-й день), им разрешали садиться на кровати, а начиная с 10-го дня позволяли ходить. Во всех случаях торакопластики проводили сульфамидотерапию (сульфидин внутрь, стрептоцид на рану) и диэтотерапию.

Питание больных по возможности должно быть усиленным, особенно богатым белками и витаминами. Через 3—4 недели оперированные начинали занятия лечебной дыхательной гимнастикой.

В 63 случаях мы торакопластику сочетали с пересадкой мышц на ножке, при этом в 22 случаях было произведено пластическое закрытие бронхиальных свищей, сопутствующих хронической эмпиеме; в остальных 47 случаях—торакопластика в чистом виде, без мышечной пластики.

В результате нашего оперативного лечения хронических эмпием выздоровело 102 раненых (93%), в среднем через 1%—2 месяца после операции. Небольшие остаточные полости были отмечены у 5 человек (4%). В этих 5 случаях потребовалась дополнительная операция раскрытия полости с последующей тампонадой. Умерло 3% больных от тяжелого длительного септического процесса. 73% выздоровевших больных выписаны в запас, 11% сняты с военного учета и 10% возвращены в армию на нестроевую службу.

Хроническая эмпиема, излеченная операцией торакопластики, оставляет в организме тяжелые изменения в смысле расстройства функции жизненно важных органов и в первую очередь сердца и легких. Операция торакопластики, как восстановительная операция, сохраняет жизнь больным, многих из них позволяет вернуть к трудовой деятельности и даже в строй. Однако она в той или иной степени оставляет необратимые изменения в организме. В частности, после торакопластики остается некоторая деформация грудной клетки. Функция дыхания расстраивается вследствие уменьшения жизненной емкости легкого за счет спадения и фиброза его.

В тяжелых случаях тотальной и субтотальной торакопластики развивается частичное парадоксальное движение грудной стенки на стороне поражения. Сердечная деятельность страдает вторично от повышения кровяного давления в малом кругу и от той усиленной адаптационной работы, которую сердце выполняет для пополнения недостающего кислорода. Поэтому больные после торакопластики должны рассматриваться как не пригодные к тяжелому физическому труду. В порядке переквалификации и трудоустройства их необходимо обеспечить легкой работой. В течение первого полугодия больных, перенесших торакопластику, следует переводить в третью, а некоторых из них и во вторую группу инвалидности.

Проблема лечения хронических эмпием огнестрельного происхождения будет существовать некоторое время и в послевоенном периоде.

★

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Подполковник мед. службы Б. Л. УГРЮМОВ

ТУЛЯРЕМИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОСПИТАЛЯ М-СКОЙ АРМИИ

Среди инфекционных заболеваний туляремия занимает особое место. Как отдельная нозологическая единица, она выделена всего лишь около 35 лет назад. До 1920 г. считалось, что туляремия якобы встречается исключительно в Америке. Хотя это положение оказалось опровергнутым, однако оно отразилось на прогрессе наших познаний в области изучения туляремии в условиях Советского Союза.

Если в материалах прошлых войн нет указаний на туляремийные заболевания, то этого нельзя сказать о Великой отечественной войне. В Г4-ской армии туляремия заняла среди инфекций даже значительное место. Больные туляремией составили 15°/о к общему числу инфекционных больных, находившихся на излечении в госпитале за годы войны. Познания наши в области туляремии обогатились практическим опытом, и современный врач уже не может довольствоваться теми скудными данными, которые сообщались о туляремии в руководствах по инфекционным болезням.

Первые заболевания туляремией появились в январе 1942 г. В ряде частей заболеваемость, преимущественно весной и летом, носила спорадический характер и не находила еще полного эпидемиологического объяснения. Источники туляремийного вируса не были еще к этому времени установлены. Наличие мышевидных грызунов отмечалось почти повсеместно; заслуживало определенного внимания наличие водяных крыс, например, в районе Терехово, Лысково, Некрасово, Пономариха Московской области, где дислоцировались войска. Контакт мышевидных грызунов с водяными крысами способствовал возникновению и развитию эпизоотии.

Из частей, дислоцировавшихся в районе этих населенных пунктов, в госпиталь систематически поступали больные туляремией. Заболеваемость летом и осенью 1942 г. носила спорадический характер. Так продолжалось до декабря 1942 г., когда число заболеваний туляремией возросло в двух соединениях М-ской армии «А» и «Б». Вспышка в этих соединениях возникла внезапно.

Соединение «А», занимая активную оборону, дислоцировалось на протяжении длительного времени в районе Износки Смоленской области (Воскресенское, Б. Ивановка, Белый камень, Захаровна, Букари и другие населенные пункты). Бойцы располагались в открытой местности, находясь преимущественно в блиндажах, землянках, траншеях.

Как видно из диаграммы (рис. 1), в декабре появились разрозненные заболевания туляремией в соединении «А» (заштрихованные столбцы). Для исчерпывающего клинико-эпидемиологического анализа у нас пока еще не было достаточного опыта.

Начиная со второй половины декабря, заболеваемость нарастает. Достигнув максимума в конце декабря, она идет на убыль. Вспышка угасает. Последний случай туляремии зарегистрирован 12 января.

Одновременно привлекает внимание ряд сплошных столбцов, где первый столбец означает первый случай туляремии в соединении «Б», зарегистрированный 25 декабря. Затем появляются новые случаи. Числе больных растет.

Чем объяснить исчезновение туляремии в соединении «А» в начале января и почти одновременное внезапное появление и стремительное нарастание заболеваемости в соединении «Б»? Ответ на этот вопрос дает следующий факт эпидемиологической значимости. 22 декабря 1942 г. соединения «А» и «Б» поменялись местами. Соединение «Б», занявшее участок соединения «А» и до этого времени не имевшее ни одного случая заболевания туляремией, стало жертвой вспышки. Темпы ее быстро нарастали включительно до половины января, когда наметилась тенденция к снижению заболеваемости.

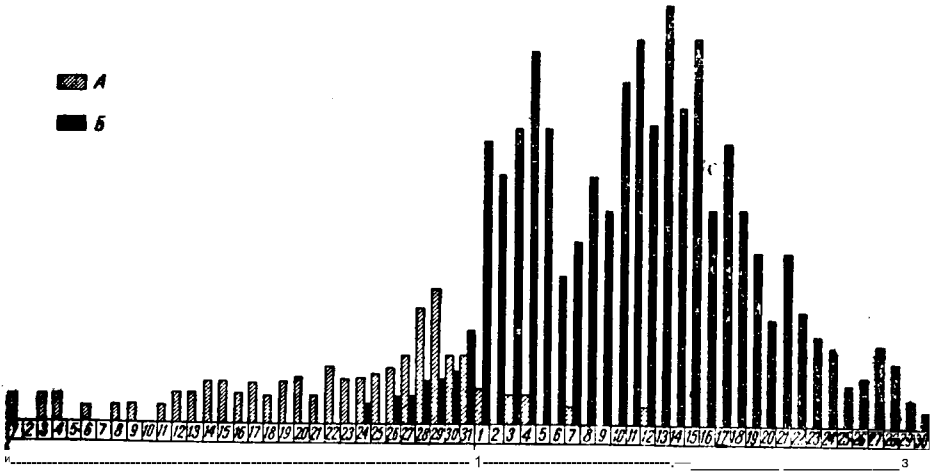


Рис. 1. Движение заболеваемости туляремией в соединениях „А" и **„Б" (декабрь** 1942 г. — январь 1943 г.)

Высокая заболеваемость туляремией совпадает с исключительной заселенностью местности мышевидными грызунами и наличием среди них туляремийной эпизоотии. Обильный урожай в силу боевой обстановки оставался на полях либо полностью, либо частично неубранным. В частности, хлеб оставался полностью неубранным в нейтральной полосе между нашими и вражескими войсками. Это обстоятельство создавало при соответствующих метеорологических условиях благоприятную обст_новку для исключительно быстрого размножения мышевидных грызунов, среди которых преобладала мышь-полевка (М1сго1из агуаПз), как известно, особенно восприимчивая к туляремийной инфекции.

На участках неубранного хлеба наблюдалось громадное количество мышей-полевок, массами попадавших на переднем крае обороны в окопы, траншеи, блиндажи. Об огромном количестве грызунов свидетельствуют, например, следующие данные: на участке одного полка за три дня — с 14 по 17 января 1943 г. — работник дератизационного отряда собрал 507 трупов павших грызунов, а на участке другого полка трупами мышей за один день наполнили пять ведер.

Эпидемиологический анализ заболеваемости туляремией в двух наших соединениях дает некоторые указания на продолжительность инкубационного периода при туляремии. Так, заболеваемость туляремией в соединении «А» после его пепедислокации 22 декабря практически прекратилась 4 января; единичные заболевания 7—12 января были за счет лиц, побывавших на прежнем месте дислокации. Первый случай туляремии в соединении «Б», занявшем 23 декабря участок соединения «А» и до этого свободном от туляремии, наблюдался 25 декабря, т. е. на третий день после передислокации. С этого дня заболеваемость идет ежедневно в нарастающем темпе, поражая значительное количество людей.

Указанные факты, свидетельствуя о коротком (в основном до недели) инкубационном периоде, одновременно говорят о .высокой восприимчивости человека к туляремии, о склонности этой инфекции к стремительному распространению. Условия одномоментного перемещения столь крупных контингентов, вызвавшие такие показательные данные, встречаются нечасто, а в мирных условиях вряд ли возможны.

О кратковременном инкубационном периоде свидетельствуют такие данные. Группа бойцов отдельной стрелковой бригады, прибывшей в нашу армию, разместилась 14 февраля на ночлег в землянке в районе Скородумове, где перед этим дислоцировалась часть, неблагополучная по туляремии. Через 4 дня трое бойцов из этой группы, ночевавшие вместе, поступили в госпиталь, где у них клинически и посредством аллергической пробы была диагносцирована генерализованная форма туляремии. Показательны случаи укуса мышами, дающие возможность с предельной точностью установить продолжительность инкубационного периода.

Красноармеец С., 26 лет, ЮЛУ. 1943 г. на привале в деревне ночью был укушен мышью в левую кисть. 12.1У заболел. Положительная кожно-туляриновая проба на 9-й день болезни на^фоне ясной клинической картины бубонной формы туляремии (левосторонний подмышечный бубон).

Красноармеец Б., 49 лет, санитар ИГ. При передислокации госпиталя па ночлеге в деревне (очаг туляремии) во время сна был укушен мышью за указательный палец правой руки. Заболел на 6-й день после укуса. Окончательный диагноз—бубонная форма туляремии (правосторонний подмышечный бубон).

В начальном периоде заболевания нет продромальных явлений, а также патогномоничных признаков. Ни в одном случае мы не могли отметить постепенного развития заболевания. В анамнезе наших больных обычно отмечались: потрясающий озноб, стремительное повышение температуры до высоких цифр, головная боль, общая разбитость, резкий упадок сил, боли в мышцах, особенно нижних конечностей, спины, поясницы; иногда боли в груди, как правило, сухой кашель, отсутствие аппетита.

Болезнь начинается остро, независимо от клинической формы ее. Патогенетически можно считать обоснованным наличие трех клинических форм туляремии — бубонной, генерализованной и легочной, что находит свое отражение в современной классификации, предложенной Рудневым.

В соответствии с этой классификацией материал наших наблюдений распределяется следующим образом:

1. Бубоннаяформа..... 178 больных

   В том числе:

   язвенно-бубонная •.....7больных
   внгинозно-бубонная .... 47 .
   чи'то бубонная.....118 ,
   глазо-бубонная ..... 5 ,
   аод >минальная..... 1 ,

2. Генерализованная форма ... . 184 больных
3. Легочная форма.....614 ,

   В том числе варианты:

   гриппоподобный .... 521 больной
   пневмонический ..... 93 больных

Бубонная форма. Первичные бубоны при туляремии появляются в первые дни болезни, на 2—3-й день отмечается болезненность в области будущего бубона, а с 4—6-го дня уже явно заметно болезненное ггрипухание в области поражения лимфатической железы.

Приводим фактический материал о больных, достоверно прослеженных нами с первого дня болезни.

Таблица 1

С к 2	На какой день болезни стала увеличиваться железа	Количеств о больных	№ п/п	На какой день болезни стала увеличиваться железа	Количество больных
1	На 1-й день	1	5	На б-й день	4
2	. 2-й ,	1	6	. 6й .	4
8	. 3-й .	7	7	, 7-й .	—
4	. 4-й .	3	8	. 8-й ,	1

Из табл. 1 видно, что лимфатические железы прощупывались в среднем уже на 3—5-й день от начала заболевания.

Распределение по частоте пораженности показано в табл. 2.

Таблица 2

Наименование желез	Количество случаев	В % к общему числу случаев
Подчелюстные, шейные	157	88,2
Подмышечные	14	7,8
Бедренные и паховые . - «...	7	4,0

Наблюдались самые различные размеры желез — от лесного ореха до куриного яйца и больше. Железы, как правило, увеличены на одной стороне, вначале очень плотны, спаяны с окружающей клетчаткой; признаков воспалительного процесса на коже нет. Гиперемия появляется в стадии гноевидного размягчения бубона. Исход бубонов: гноевидное размягчение (на нашем материале до 80%), склеротизация и в отдельных случаях обратное развитие. В процессе нагноения железа равномерно размягчается, флюктуирует (рис. 2).

Рис. 2. Красноармеец Ш., 24 лет. Туляремия. Бубон в стадии гноевидного размягчения

Рис. 3. Снимок сделан 2И.У. 1946

ПродоФ жительность размягчения бубона до состояния полного гнойного расплавления железы составляла у нас от 21 до 100 дней, в среднем 46 дней.

не

Приводим случаи более поздних наблюдений.

Красноармеец Х., 26 лет, поступил в госпиталь 26.1У.1946 г. по поводу увеличивающейся припухлости на шее. Больной прибыл в Германию 18.1У из Поворино Воронежской области (очаг туляремии), где находился с февраля 1946 г. Заболел 5.1У внезапно в пути; был потрясающий озноб, высокая температура, 14.1У снизившаяся до нормы. 10.IV заметил справа на шее припухлость. Состояние больного при поступлении в госпиталь удовлетворительное. Справа на боковой поверхности шеи имеется плотный, слегка болезненный при пальпации инфильтрат величиной с голубиное яйцо. Спустя три недели бубон увеличился до размера кури-юго яйца и наступило полное гноевидное размягчение железы с отчетливой равномерной флюктуацией и резкой гиперемией кожи над железой (рис. 3).

Бубон вскрыт 22.V, выделилось около 15 см^3 густого гноя. Интересно отметить, что в ближайшие дни бубон вновь стал заполняться гноем из-за прекращения оттока вследствие заращения разреза. На месте бубона осталось лишь незначительное уплотнение ткани. Одновременно 1.У1 у больного стала припухать шейная железа слева, рассосавшаяся спустя 25 дней после появления.

Второй случай туляремии у красноармейца А. (анамнез тот же) закончился полным рассасыванием увеличенной железы спустя три месяца после заболевания.

Рис 4. . Красноармеец Ш., 20 лет. Туберкулезный лимфаденит

Рис. 5. Красноармеец Б., 19 лет. Туберкулезный лимфаденит

Рис. 6. Ефрейтор П,, 20 лет. Туберкулезный лимфаденит

Приведенные выше наблюдения относятся к двум из 58 больных, поступивших к нам в феврале и марте 1946 г. с лимфаденитами неясной этиологии, причем 14 больных поступили почти одновременно из одной части, расположенной в районе Берлина, с подозрением на туляремию, а 12 человек с необычным диагнозом «инфекционный лимфаденит». В огромном большинстве случаев эти заболевания, как выяснилось вскоре, не имели отношения к туляремии.

Все больные — лица рядового и сержантского состава в возрасте от 19 до 25 лет. Эпидемиологических данных для туляремии нет никаких. У 56 больных отмечается увеличение шейных и подчелюстных лимфатических желез размером от фасоли до куриного яйца и больше. В 26 случаях процесс двусторонний. У двух больных увеличены подмышечные и паховые железы.

В большинстве случаев наблюдаются крупные конгломераты желез— бубоны безболезненные, весьма плотные, спаянные с окружающими тканями, нередко до состояния полной неподвижности. Кожа над железами не изменена. Локализация бубонов различная: передняя и боковая поверхность шеи, подчелюстная подключичная, подбородочная области (рис. 4, 5, 6). Рост пораженных желез довольно быстрый на фоне удовлетворительного состояния больных, отсутствия лихорадки и каких-

либо существенных изменений со стороны внутренних органов, в частности, легких (данные рентгенографии). Со стороны крови явления гипохромной анемии. Клиническая картина бубонов столь неопределенна, что мы не могли в течение длительного времени снять диагноз «туляремия» и притти к окончательному решению.

Дальнейшее клиническое наблюдение показало, что бубоны развивались не по типу туляремийных. Образуясь без предшествующей лихорадки, бубоны или рассасывались или, наиболее часто, гноевидно расплавлялись с последующим образованием длительно не заживающих свищей. В ряде случаев отмечено появление вторичных бубонов с быстрым распадом лимфатических желез. Такое явление мы наблюдали у одного нашего больного красноармейца Б., 21 года, физически очень крепкого субъекта, заболевшего в конце февраля 1946 г. Больной сам заметил у себя справа на шее припухлость. В течение месяца бубон увеличился до размеров куриного яйца. Для уточнения диагноза была сделана биопсия железы, после чего образовался незаживающий свищ. В первых числах мая у больного отмечено увеличение бедренной железы, а 25 мая — заметное припухание левой шейной железы. Бедренный бубон, увеличившийся в течение трех недель до размеров гусиного яйца, весьма болезненный, с воспаленной, резко гиперемированной кожей над железой, пунктирован 11 июня; извлечено шприцем около 30 см^3 густого гноя. У другого больного, красноармейца М., 20 лет, на протяжении двух месяцев пребывания в госпитале последовательно поражались с образованием массивных натечников левая шейная, правая подключичная и правая подмышечная железы с последующим образованием незаживающих свищей и обильным выделением гноя.

Отрицательная кожно-туляриновая проба у всех 58 больных, кроме 2 из Поворино, исключила туляремию. Упорно не заживающие свищи и длительный тяжелый процесс в отличие от относительно доброкачественного течения при туляремии, положительная реакция Пирке навели на мысль о туберкулезном лимфадените, что и было подтверждено окончательно биопсией желез у троих больных (наличие специфических гранулой и туберкулезных палочек) и биопробой на морских свинках. Приведенные случаи свидетельствуют об актуальности диференциальной диагностики туберкулезных и туляремийных бубонов.

Множественное поражение лимфатических желез мы встречали в отдельных случаях и при туляремии. Приводим две истории болезни. .

'Младший сержант Г., 50 лет, поступил 22.ХП.1942 г. из очага туляремии. Заболел 19.ХП. Одновременно заболел его сын, бывший вместе с отцом в одном блиндаже. Больной атлетического телосложения, хорошего питания. Общее состояние вполне удовлетворительное. 25.ХП, т. е. на 6-й день болезни, увеличилась подбородочная лимфатическая железа, плотная, с окружающей клетчаткой не спаяна. Самопроизвольное вскрытие 16.1.1943 г. со значительным отделением гноя. 5.1 у больного увеличилась правая подчелюстная, 1.11—левая подключичная. 6.П1 — левая подмышечная и 12.1У — правая шейная железы. Вскрытые бубоны быстро рубцевались. Процесс в железах протекал на фоне нормальной температуры, снизившейся до нормы на третий день болезни, причем гноевидное размягчение бубоноз наступало в копоткие сроки. Больному регулярно ставилась кожно-туляриновая проба с резко положительным результатом, высокой реактивностью (повышение температуры, ознобы, лимфангоит, резкая гиперемия на месте инъекции с последующим образованием пустулы). Больного мы наблюдали на протяжении 6 месяцев: он чувствовал себя вполне удовлетворительно, если не считать незначительной слабости.

Красноармеец Р., 49 лет, поступил в госпиталь 27.1.1943 г. на второй день болезни с диагнозом «малярия». У больного был потрясающий озноб, сопровождающийся высокой температурой, усиленное потоотделение. На шестой день болезни увеличилась правая шейная железа. Диагноз «туляремия» (бубонная форма) подтвержден на восьмой день болезни положительной внутрикожной пробой. Спустя 3 недели после пребывания в госпитале у больного увеличилась правая подключичная железа, впоследствии нагноившаяся.

Часть случаев туляремии заканчивается склеротизацией желез. Определенное значение имеет оценка состояния таких бубонов в пе-

риоде реконвалесценции, что решает практически важный вопрос о сроках пребывания больного в госпитале. Опыт показал, что склеротизированные железы оставались увеличенными очень долго после выздоровления больного, не причиняя по существу никакой помехи.

Такие склеротизированные бубоны сами по себе не могут служить показанием для длительной задержки больных в госпитале.

Кожи о-ж ел езиста я форма. Мы наблюдали 7 больных кожно-железистой, или язвенно-бубонной формой туляремии: 3 случая с локализацией кожного поражения на груди с увеличением подмышечных лимфатических желез, 1 случай на голени с процессом в бедренной железе, 1 случай на предплечье с увеличением подмышечной железы и 2 случая на шее с увеличением шейных лимфатических желез. Изменения на коже возникали в первые дни болезни на фоне довольно тяжелого общего состояния больных.

Старший сержант Ч., 28 лет, поступил в госпиталь 3.1.1943 г. по поводу фолликулярной ангины с жалобами на резкую боль в правом паху и в области голени, постоянную головную боль, общую разбитость, слабость, путаницу мыслей, ослабление памяти, раздражительность. Заболевание началось внезапно вечером 18.Х11. Среди полного здоровья у больного начался озноб, резкая головная боль. В этот же вечер было носе вое кровотечение. Больной обратился на полковой медицинский пункт; с диагнозом «левосторонняя крупозная пневмония» направлен в МСБ, а оттуда с диагнозом «токсическая форма гриппа»—в ТППГ. История болезни терапевтического госпиталя показательна в том отношении, что здесь, при отражении второстепенных Ь данном случае анамнестических моментов, отсутствуют какие-либо эпидемиологические данные. Между тем в этом случае эпидемиологический анамнез сыграл решающую роль в распознавании болезни.

Больной — артиллерист, все время был на передовой позиции, длительное время находился в блиндаже среди личного состава батареи. Условия — обычные для переднего края: питание котловое, воДу,-пил обычно сырую. За последнее время несколько человек из подразделения заболело. Удалось выяснить, что ночью 12.Х11 Ч. проснулся от резкой боли в правей ноге и заметил мышь. На следующий день на месте укуса появилась краснота, болезненность, а позднее зуд, побуждавший больного чесать место укуса и всю голень. 18.Х11 возник потрясающий озноб, сильная головная боль. Спустя три дня, т. е. 21.Х11, находясь в МСБ, больной обнаружил у себя в правом паху опухоль величиной с голубиное яйцо, резко болезненную при надавливании.

Первичный осмотр больного показал, что в области нижней трети правой голени имеются две расположенные рядом неглубокие язвы со скудным отделяемым. Ясно, виден отпечаток зубов мыши. Кожа на пространстве 3 Х 3 см некротизирована, однако окружающие ткани не инфильтрированы. Место укуса резко болезненно, даже при легком прикосновении. Несколько подобных образований имеется на передней поверхности голени в ее верхней трети. Правая паховая железа заметно увеличена до размеров куриного яйца, плотна, четко контурирована, с окружающей клетчаткой не спаяна.

Внутрикожная тулярнповая проба, поставленная в ИГ, дала положительный результат. У больного наблюдались изменения психики. Состояние было крайне депрессивное. Больной эвакуирован за пределы армии; судьба его нам не известна.

Приведенный случай кожно-бубонной туляремии одновременно дает точные указания на продолжительность инкубационного периода, исчисляющуюся в данном случае шестью днями. Одновременно этот пример показывает, какими диагностическими ошибками чревато игнорирование эпидемиологического анамнеза.

Ангинозно-бубонная форма. Туляремийные ангины, наблюдавшиеся нами в 47 случаях, протекали как с односторонней (35), так и двусторонней (12) локализацией болезненного процесса. Ангинозные явления возникали обычно одновременно с-генерализованным процессом. Местный процесс'в виде некротической ангины обычно локализовался на миндалинах. Ангинозно-бубонная форма клинически бы а сходна с чисто бубонной, однако, как правило, течение болезни было более тяжелое. Превалировали жалобы больных на боли в горле, нередко было затруднено глотание даже жидкой пищи. В зеве наблюдалась яркая гиперемия, отечность миндалин, дужек мягкого неба.. Позднее на миндалине происходил некроз.

Стрептоцид, обычно столь радикально действующий при ангине, здесь не эффективен, что является краеугольным камнем диференциальной диагностики. Ангина протекала длительно, иногда свыше двух недель. Примерно через 10—15 дней после начала болезни ангина заканчивалась и оставался лишь процесс в регионарных лимфатических железах. Железы, как правило, гноевидно размягчались.

Глаз о-б убонная форма наблюдалась 'нами в 5 случаях.

Вскоре после начала заболевания отмечались резкие явления на месте проникновения инфекции. При высокой температуре развивался синдром Парино, описанный в 1898 г. Гиффордом. На конъюнктиве возникают в первые дни фолликулоподобные разрастания, вначале прозрачные, затем мутнеющие. Процесс обусловливается наличием специфических гранулой в веках. Заболевание обычно одностороннее. Течение длительное.

Абдоминальная форма. В нашей армии наблюдался случай смерти от абдоминальной формы туляремии. Диагноз поставлен посмертно.

Легочная форма. Наиболее широкое распространение имела легочная форма, составившая 62,8% к общему числу наших больных, главным образом в виде гриппоподобного варианта. *

Туляремийные пневмонии отличаются затяжным характером, не имеют циклического течения, нередко дают обострения, иногда протекают по типу лобарных пневмоний. В легких во все течение болезни, помимо массы сухих хрипов, нередко обнаруживаются крепитиоующие и мелкопузырчатые хрипы, не исчезающие подчас и в периоде реконвалесценции.

Старшина Ф., 28 лет, заболел 31.XII. 1942 г. Заболевание началось внезапно появлением озноба, головной боли, высокой температуры, обильной потливости. Диагноз на этапах эвакуации: ПМП — гриппозное состояние, МСБ — лихорадочное состояние, ППГ — брюшной тиф.

Эпидемиологический анамнез. Больной поступил из очага туляремии. В прошлом инфекционных заболеваний не имел. Привит осенью 1942 г. поливакциной НИИСИ. Общее состояние средней тяжести. На коже отдельные розеолоподобные элементы. Легкая гиперемия зева. Язык слегка обложен, влажный. Лимфатические железы не увеличены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в норме. Тоны приглушены. Перкуторный звук легких не изменен. Аускультативно много сухих хрипов; в нижней правой доле выслушиваются скудные крепитирующие хрипы. Кашель частый, но мокроты мало; живот мягкий, безболезненный, не вздут. Селезенка не прощупывается. Небольшой лейкоцитоз (8 400). Кровяное давление 105/65. Туляриновая проба положительная на 12-й день болезни. Реакция Видаля и Вейлъ-Фе1ликса отрицательная. Окончательный диагноз: туляремия, легочная форма. Правосторонняя бронхопневмония нижней доли. Температура оставалась повышенной в течение 41 дня (рис. 7). Сульфидинотерапия ■малоэффективна.

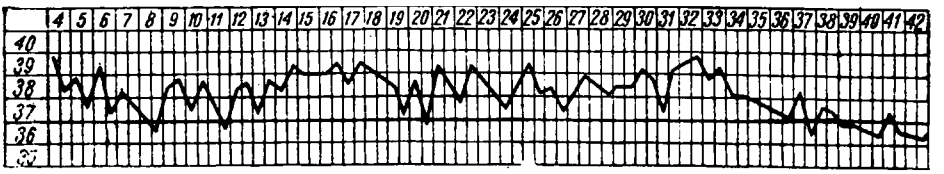


Рис. 7. Старшина Ф., 28 лет. Туляремия; легочная форма

Приводим гриппоподобный вариант легочной формы.

Красноармеец 3., 23 лет, поступил в госпиталь из очага туляремии 29.XII.1942 г. с группой больных из своего подразделения с жалобами на резкую головную боль разбитость и слабость, кашель, светобоязнь, отсутствие аппетита. Доставлен в госпиталь на второй день болезни с диагнозом «грипп». Состояние больного довольно тяжелое. Сыпи на коже нет. Резко гиперемировано лицо, блестящие глаза, инъекция сосудов склер. Язык слегка обложен, влажный; зев пиперемирован; имеется легкая

отечность дужек неба н миндалин. Лимфатические железы не увеличены, безболезненны. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 96 ударов в минуту прм температуре 38,2°. В легких сухие хрипы. Живот мягкий. Печень и селезенка не прощупываются. Общий анализ крови без существенных особенностей.

Наш предварительный диагноз в этом случае был «грипп», даже при условии поступления больного в госпиталь из заведомого очага туляремии, Кожно-туляриновая проба, поставленная больному в момент его поступления в госпиталь, дала через 48 часов положительный результат. Температура снизилась до нормы на 7-й день (рис. 8). Окончательный диагноз: легочная форма туляремии, гриппоподобный вариант.

Ввиду наличия эпидемии можно было опасаться контагисзности больных легочной формой туляремии при наличии катарральных явлений, и мы содержали больных в отдельных палатах. Случаев заболевания туляремией среди обслуживающего персонала мы не наблюдали.

Генерализованная форма является единственной клинической формой туляремии без местных воспалительных симптомов. Отличается относительной тяжестью общего течения по сравнению с другим формами. Температура держится при этой форме около трех недель, иногда дольше. Обычно температурная кривая неопределенного типа. Такие бальные наиболее часто поступали в госпиталь с диагнозом «тифозное состояние» (тифоидная форма, по прежней классификации), однако в этих случаях мы никогда не наблюдали нарастания тяжести болезни, как это обычно бывает при тифах.

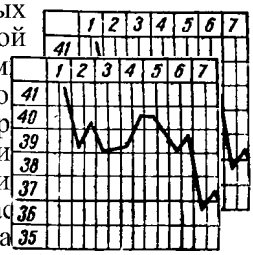


Рис. 8

Значительный интерес, 'который вызвала вспышка туляремии у врачей нашей армии, сочетался в свое время с недостаточной осведомленностью в диагностике этой мало изученной тогда инфекции. Не удивительно, что диагностика туляремии на этапах эвакуации (ПМП—МСБ—госпиталь), особенно в первое время, страдала большими погрешностями, что видно из данных, приведенных в табл. 3 и 4.

Таблица 3

Диагностика туляремии на ПМП

Диагноз	В% к общему числу больных	Диагноз	В «/о к общему числу больных
Грипп	62,0	Плеврит	2,0
Туляремия	13.0	Сыпной тиф	1,5
Воспаление желез	5,0	Малярия	1,0
Воспаление легких	4,5	Паротит	1,0
Ангина	3,4	Брюшной тиф	1,5
Тифозное состояние	7,5		

Из 327 больных только у 43 заболевание диагносцировано полко^ выми врачами правильно. Это наиболее ясные случаи железистой формы, отличающиеся внешне демонстративными клиническими признаками. Почти все больные легочной и генерализованной формой (62%) принимались за больных гриппом.

Впрочем, необходимо отметить, что ошибки в диагностике на ПМП, этом исходном этапе эвакуации, объясняются также недостатком времени, необходимого для всестороннего клинического и лабораторного обследования больных. Ранняя симптоматика генерализованной и легочной туляремии, как известно, мало специфична: жалобы больного в первые дни носят общий характер и дают мало оснований для диагностики.

Больной требует наблюдения, но в обстановке ПМП оно было невозможно. Условия маленького полкового изолятора на 2—3 койки, часто расположенного в землянке в зоне обстрела, заставляли врача незамедлительно эвакуировать лихорадящего больного в МСБ, обычно с ориентировочным диагнозом (табл. 3).

Таблица *4*

Диагностика туляремии в МСБ

Диагноз	В **/«. к общем* числу случаев	Диагноз	В % к общему числу случаев
Туляремия	44,0	Ангина.....	0,7.....
Грипп	Зь,0	Дифтерия	0,5.....
Тифозное состояние . . .	12,0	Малярия	0,5
Б юшной тиф	8,3		
Сыпной тиф	2,0		
Воспаление легких	, 2,0	Итого . . .	103,0

Из табл. 4 видно, что большие погрешности в диагностике допущены также и в МСБ (56% неправильных диагнозов). Значительная часть больных туляремией эвакуирована в госпиталь с диагнозом тифозного состояния (47 чел.), брюшного тифа (33 чел.), сыпного тифа (8 чел.).

При распознавании туляремию ошибочно принимали за весьма различные заболевания, среди которых первое место занимает грипп. За сыпной тиф туляремию принимали редко. Объясняется это тем, что сыпного тифа среди военнослужащих, несмотря на угрожающую эпидемиологическую обстановку, в М-ской армии почти не было.

Особое место занимает брюшной тиф. Среди врачей всегда была большая настороженность в отношении этой инфекции, с ошибочным диагнозом которой к нам нередко попадали больные туляремией. Врачи стремилась к ранней изоляции брюшнотифозных больных, что является важнейшей эпидемиологической проблемой брюшного тифа во время войны.

У всех больных туляремией, находившихся на излечении в госпитале, диагноз подтвержден аллергической пробой. Реакция неизменно оставалась положительной на протяжении всей болезни, начиная со 2—3-го дня, и долго уже в стадии реконвалесценции. Приводим случаи из наших' наблюдений.

Старший сержант П., 35 лет, заболел 3.1.1943 г., перенес бубонную форму туляремии. Левосторонняя подчелюстная железа вскрылась самопроизвольно 23.П, вторая железа, левосторонняя шейная, вскрыта 30.1У. Через 2 месяца после поступления в госпиталь больной выписан в хорошем состоянии и оставлен в штате госпиталя. На протяжении *2'/г лет* реконвалесценту 6 раз, с промежутками в 3—4 месяца, ставилась аллергическая проба, неизменно реактивная, с резко положительным результатом. Последняя проба была поставлена 20.1У.1945 г., т. е. примерно через 2'/а года после заболевания. Через 8 часов после инъекции тулярина появлялась местная гиперемия, а через сутки — инфильтрат с везикулой в центре, лимфангоит. Местные явления сопровождались повышением температуры (37,6°), головной болью, ознобом, слабостью.

25.Х. 1943 г. в ИГ поступил .с диагнозом «туляремия» красноармеец К., 26 лет. Диагноз подтвержден тулярииовой пробой. Предстояло установить диагноз туляремии, не имея для этого ровно никаких эпидемиологических данных. Дальнейшее клиническое наблюдение привело нас к иному выводу. Больной поступил на 12-й день болезни в тяжелом состоянии с картиной брюшного тифа. Из крови высеяна палочка Эберта. В анамнезе удалось установить заболевание «гриппом» зимой 1942 г. в районе Износки. Надо думать, что это была туляремия. Положительную внутрикожную пробу следует рассматривать в данном случае как препятствие на пути к истинному диагнозу последнего заболевания.

Этот случай весьма поучителен в том отношении, что при наличии большого количества туляремийных 'реконвалесцентов необходимо кри-

тическй оценивать положительный результат аллергических проб при новых заболеваниях.

Прогноз при туляремии, как правило, благоприятный. Однако представление о туляремии, как болезни сравнительно не тяжелой, не всегда соответствует действительности и нередко является причиной недооценки этой серьезной инфекции, поражающей большие контингенты и выводящей их надолго из строя. В период вспышки туляремии командование армии было вынуждено поставить на проведение противотуляремийных мероприятий (сооружение снего-ледяных валов, рытье канав, ловчих ям и т. д.) отдельные войсковые части.

Таблица|5

Длительность заболеч-ния туляремией

Болели на протяжении	до 10 дней	10—19 дней	2"- 29 дней	?<•—39 дней	4 —49 дней	50 дней и выше
Число больных	3	85	111	**еб**	17	31

Прослеженные нами до полного выздоровления 236 больных болели 6 301 день. Каждый туляремийный больной находился в госпитале в среднем 28 дней.

Летальность туляремии по материалам нашей армии невелика (0,3а/о). В этом отношении наши данные совершенно не совпадают с американскими, где летальность, в частности от легочной формы, значительно выше. В одном случае смерть наступила от туляремии, протекавшей при явлениях сепсиса с геморрагическими явлениями, некрозом и гнойным расплавлением лимфатических желез (околоушной, шейных, подчелюстных). Входными воротами инфекции явилась конъюнктива левого глаза, и данный случай относится к глазо-бубонной форме туляремии. Во втором случае больной умер от туляремии, протекавшей при явлениях резкой интоксикации и перерождения внутренних органов, обусловленных некрозом и гнойным расплавлением лимфатических желез малой кривизны желудка и брыжейки. Наличие резко выраженных изменений в органах брюшной полости, процесс в лимфатических железах, специфическая гранулома селезенки и печени позволяют отнести этот случай к абдоминальной форме туляремии.

★

Полковник мед. службы кандидат медицинских наук А. В. КУКОВЕРОВ

К ВОПРОСУ ОБ УТОМЛЕНИИ ЛЕТНОГО СОСТАВА

Мы хотим поделиться своими соображениями по поводу утомления летного состава и наблюдениями за так называемой группой лиц с парциальной недостаточностью здоровья.

Ни в одной из форм учета больных нет указаний на такое состояние, как утомление, а между тем термины «утомление» и «переутомление» часто фигурируют в сообщениях старших врачей полков о результатах их наблюдений за летным составом, в анализе заболеваемости отдыхавших в домах отдыха и в заключениях врачей-специалистов медицинской службы соединений ВВС. Все это говорит о том, что утомление среди летного состава является фактором, требующим пристального внимания и серьезного изучения.

Правильное регулирование летной нагрузки является одной из существенных задач старшего врача авиационного полка. Хотя в военное время трудно и подчас невозможно говорить о нормах, но все же приходится учитывать интенсивность летной работы, снижая ее для отдельных лиц через командование по представлению старшего врача полка.

Приводим данные о максимальной летной нагрузке в боевых вылетах в день у отдельных летчиков в периоды напряженных операций: истребители — 3—9 вылетов, штурмовики — 2—9, бомбардировщики — 2—4, ночные бомбардировщики — 3—10 вылетов.

Подполковник мед. службы Жук пишет, что наибольшая нагрузка в период боевых операций приходится прежде всего на летный состав ночных бомбардировщиков, экипаж которых в течение ночи находится в воздухе 8—10 часов. Второе место по летной нагрузке занимает штурмовая авиация, летные экипажи которой имеют боевой налет в среднем 4—5 часов в день. Средняя нагрузка летчика-истребителя — 2—3 часа в день, но постоянное напряжение в полете, сложность техники пилотирования, ведение воздушного боя, большие перегрузки и эмоциональные переживания требуют значительно большей затраты физической и нервной энергии по сравнению с другими видами авиации и в особенности с авиацией ночных бомбардировщиков.

Полковник мед. службы Мещанинов считает, что наибольшая утомляемость наблюдается у летного состава штурмовой авиации в связи с максимальным нервно-психическим напряжением в период пребывания над целью. Вот почему летчик-штурмовик, совершивший 50 боевых вылетов за полугодие, нуждается в организованном отдыхе. Оценивая нагрузку летчика-истребителя, необходимо учитывать активность авиации противника над полем боя; оценку нагрузки истребителей правильнее будет проводить не по количеству боевых вылетов, а по числу воздушных боев; сопровождение же группы штурмовиков, бомбардировщиков без противодействия при этом авиации противника ставит истребительную авиацию в более благоприятные условия.

Следовательно, мнения сходятся на том, что в период войны среди летного состава утомление является одним из важных последствий напряженной работы. Субботник на основании проведенных исследований в мирное время констатировал: «Неврастения у летчиков на поч-

ве переутомления... встречается редко и развивается обычно у лиц с чертами конституциональной или рано приобретенной сомато-психической недостаточности». И еще: «Состояния переутомления, обусловленные исключительно выполнением летной работы, встречались лишь в единичных случаях».

Трудно классифицировать летчиков различных видов авиации в отношении более быстрого появления утомления и истощения нервной системы под влиянием летной нагрузки: здесь нужно принимать во внимание не только все неблагоприятные внешние факторы, но и состояние здоровья отдельного летчика. Во всяком случае можно сказать, что наиболее резкое нервно-психическое напряжение наблюдается в массе у штурмовиков в условиях непосредственного воздействия всех видов зенитного огня и у летчиков-истребителей при активности авиации противника над полем боя.

Симптоматология этого утомления обычная: жалобы на быструю утомляемость, повышенную раздражительность, плохой сон и аппетит, головные боли. Объективно наблюдаются повышение сухожильных рефлексов, тремор век и пальцев рук, выраженная потливость, кардиоваскулярная лабильность с Тенденцией к понижению кровяного давления (ниже 100/65). Понижение кровяного давления объясняется тем, что утомление, как известно, способствует понижению тонуса вазомоторного центра.

Через дома отдыха соединений за 1944 г. пропущена не одна тысяча человек (из них летного состава 67,9'/»). Находившийся в домах отдыха летный состав распределялся следующим образом: с утомлением было 34,1% после ранений—17,3% с малокровием2,2%, с гипертонией— 0,4%, с неврастенией—1,5% и с вегетоневрозом — 1,1%. В группу «остальные» вошли главным образом здоровые и реконвалесценты после различных соматических заболеваний (направленные из авиационного госпиталя).

По результатам отдыха летный состав можно разбить на три группы: 1) с улучшением 93,6%, 2) без изменений 6% и 3) с ухудшением 0,4%. Если с ухудшением и без изменений выписывались те отдыхавшие, которые по существу были больными, нуждавшимися в госпитальном лечении, например, больные гастритами, колитами (в периоде обострения) и пр., то нужно отметить большой коэфициент полезного действия пребывания в домах отдыха на отдыхавших.

Сопоставляя две цифры — 34,1% поступивших с явлениями утомления и 93,6% выписанных с улучшением, можно сделать вывод, что утомление, сказывающееся в снижении работоспособности, снимается в срок в среднем около 2 недель.

Полковник Ростовцев, наблюдая за группой летного состава с 1941 по 1944 г., установил, что в период с 22 июня 1941 г. по апрель 1942 г: цифры кровяного давления летчиков ниже, чем в последующие периоды.

С нашей точки зрения т. Ростовцев правильно связывает значительное количество гипотоний среди летного состава в этот период с напряженной летной работой (интенсивные воздушные бои под Москвой) и неорганизованностью бытовых условий. Стойкая гипотония под влиянием утомления среди летного состава указывала, возможно, на изменение в тонусе симпатической нервной системы.

Американцы считают возможным говорить о летной усталости, иногда возникающей под влиянием бытового неблагоустройства, и выделяют оперативную усталость, связанную с военными боевыми условиями, причем ориентировочно симптомы летной усталости могут появиться у пилотов-истребителей по истечении 100 часов оперативных боевых полетов и у пилотов бомбардировочной авиации через 120 часов такой же работы; принимается во внимание индивидуальность пилота.

Здоровый и крепкий контингент летного состава.за 1944 г. провел большую и напряженную летно-боевую работу, связанную с нервно-психическими переживаниями, физическим напряжением при наличии факторов гипоксемии, пониженного барометрического давления и перегрузок. Эта напряженная работа чаще всего влекла за собой реактивные явления в виде возбуждения или истощения нервной системы. Такие реактивные явления в некоторых случаях формировали то болезненное состояние, которое под видом утомления, переутомления, вегетативного невроза, неврастении чаще всего фигурирует у лиц летного состава, находящихся в домах отдыха. Безусловно, в это толкование воздействия труда на организм летчика необходимо ввести коррективы в виде волевого фактора, любви к родине и ненависти к врагу.

Эти же реактивные явления создают фон и для остальной патологии летного состава, главным образом функциональных заболеваний.

Утомление — это состояние, при котором выражен элемент понижения работоспособности и намечена измененная, чаще всего повышенная, реактивность. Зачастую это начальная часть истории болезни, в которой в дальнейшем в рубрике «диагноз» может быть поставлена или неврастения, или вегетоневроз, или невроз истощения, или функциональное расстройство сердечно-сосудистой системы. Утомление выявляет слабые стороны здоровья летчика. Необходимо иметь в виду следующее:

1) утомление появляется у довольно значительного количества лиц летного состава в результате боевой работы и боевых условий;

2) утомление у летного состава представляет своеобразную особенность военного времени;

3) необходимо своевременное распознавание этого состояния и принятие соответствующих мер.

4) Организация в период Отечественной войны домов отдыха, сыгравших большую роль в оздоровлении летного состава, была своевременной и актуальной.

Наблюдение за лицами с парциальной недостаточностью здоровья

Во всех армиях имеются лица летного состава с так называемой парциальной недостаточностью здоровья.

Это люди, которые по состоянию здоровья, или, вернее, по характеру заболевания не подлежат стационарному лечению ни в госпитале, ни в войсковом лазарете аэродромного обслуживания. Они находятся под наблюдением врача полка, пользуются периодически для поддержания своей работоспособности амбулаторным лечением при части. Врач полка следит за их трудовой нагрузкой, внося в некоторых случаях ограничения в летную работу, содействуя улучшению бытовых условий.

В эту же группу входят лица из летного состава, получившие в разное время и от различных врачебно-летных комиссий заключение о допуске к полетам только на самолете По-2.

При обострении заболевания эти не совсем полноценные по состоянию здоровья работники направляются или в госпиталь, или в санатории и дома отдыха, или на врачебно-летную комиссию.

Подполковник мед. службы Рахмилевич считает, что «в группу с парциальной недостаточностью маляриков переводить не следует».

Нужно считать, что болевшие малярией подлежат учету и их нужно осматривать ежемесячно. В группу же лиц с парциальной недостаточностью нужно вносить тех маляриков, у которых после систематического лечения наблюдаются явления, указывающие на понижение работоспособности и боеспособности: малокровие (должен производиться контроль гемометром в ВЛБ), понижение тонуса сердечно-сосудистой

системы (контроль определением кровяного давления) и т. д. При безусловно малярийном гепатите или нефрите старший врач части должен направить такого больного на стационарное лечение.

Остановимся на анализе группы с парциальной недостаточностью в некоторых соединениях, где изучение этой группы летного состава проведено достаточно полно.

В этой группе из 587 человек 172 (29,3%) были терапевтическими больными. Из числа терапевтических больных большинство — летчики: штурманов — 23%, стрелков-радистов — 3%, воздушных стрелков —1%.

1. Большинство заболеваний относится к группе желудочно-кишечных — 73 человека.

2. На втором месте стоят заболевания сердечно-сосудистой системы — 50 человек.

3. На третьем месте — болезни органов дыхания (23 человека).

4. Наличие летчиков с пороком сердца (оценка их летной работы «хорошо» и «удовлетворительно») лишний раз доказывает старое положение, что нужно подходить к организму с точки зрения оценки функционального состояния, а не анатомических изменений.

5. Лица с заболеваниями желудка в большинстве своем не имеют ограничения в летной работе и выполняют боевую нагрузку одинаков» со всем составом.

Нужно подчеркнуть важность всестороннего наблюдения и обобщения наблюдений в отношении группы лиц с парциальной недостаточностью потому, что это те контингенты, у которых заболевание, как правило, выражено в начальной или нерезко выраженной форме.

В мирное время летчики, имеющие дефекты в состоянии здоровья, аналогичные тем, какие встречаются у лиц летно-подъемного состава с парциальной недостаточностью, могли летать лишь в виде исключения.

В военное время эта группа в достаточной степени многочисленна и выполняет боевую работу, являясь в период ожесточенной и напряженной войны одним из резервов человеческих ресурсов. Не нужно забывать, что в эту группу обычно входят опытные летчики, которые компенсируют недостатки своего здоровья опытом и тренированностью.

РЕФЕРАТЫ

КОНВЕНЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ [1]

В ВиПеПп о{ сотгпиШсаЬІе (Изеазез апд тесНса! по{ез, УО1. IV, № 2 от 23 января 1946 г., издаваемом ЮНРРА (ИпКед №Попз КН(е1 апд КеЬаЬПНаПо ' АдтІп1я(гахІоп), приведены сведения, указывающие на постоянно существующую угрозу распространения в Европе таких опасных болезней, как чума и оспа. Вместе с тем сведения эти дают все бблыпую уверенность в том, что при современной организации и методах борьбы с острозаразными болезнями упомянутые инфекции далеко не так опасны в настоящее время, как в прошлом.

I. Чума (стр. 112—113), .На о. Мальта заболевания чумой появились 28 июня 1945 г. До 29 декабря 1945 г. заболели в общем 75 человек, из которых 19 умерли. Большинство заболеваний произошло по соседству с портом Валетта, где в конце ноября были обнаружены 3 чумные крысы.

В городе Таранто (Италия) с 3 сентября 1945 г. по 23 ноября 1945 г. наблюдалось 29 случаев заболевания чумой; умерло 15 человек. В Реджио (Калабрия) произошло одно заболевание чумой, связь которого с заболеваниями в Таранто установлена.

В г. Айячио на о. Корсика между 13 и 19 мая 1945 г. было обнаружено 2 случая заболевания чумой; оба окончились смертью. После этого до 11 июля 1945 г. произошло еще б случаев. Всего за короткую вспышку было 7 случаев, умерло 5 человек.

Всего в 1945 г. в средиземноморской части Европы наблюдалось 112 случаев чумы; умерло от этой болезни 39 человек.

В этом же году наблюдался один случай заболевания чумой на Азорских островах, где, начиная с 1921 г., время от времени появляются спорадические заболевания чумой, не имеющие распространения. Повидимому, чума там эндемична среди грызунов.

Требует также неусыпного и тщательного надзора в отношении чумы территория, по которой проходит Суэцкий канал.

После того как зона Суэцкого канала была несколько лет свободна от чумной инфекции, наблюдался один случай чумы в Порт-Саиде в 1940 г. и там же 12 случаев в 1941 г., 6 случаев в 1942 г,, 10 случаев в 1943 г. В ноябре 1943 г. началась значительная вспышка чумы в Суэце, а в марте 1944 г. чума появилась также в Измаилии и в пустынной области у южного конца канала; в мае 1944 г. была эпидемия чумы в Порт-Саиде. Вспышка чумы закончилась в Суэце в 'июле, в Измаилии в августе и *и* Порт-Саиде в сентябре 1944 г. Всего произошло 712 заболеваний: 305 в Суэце, 331 в Измаилии, 76 в Порт-Саиде. Вспышка дала вдвое больше заболеваний, чем считавшаяся максимальной вспышка 1917 >г., когда заболело 360 человек: 318 в Суэце, 41 в Пэрт-Саиде и 1 в Измаилии.

В феврале 1945 г. возобновились единичные заболевания и по временам обнаруживались отдельные случаи чумы в каждом из трех портов канала. Заболеваний в течение 1945 г. было втрое меньше, чем в 1944 г.

П. Оспа (стр. 109). В апреле 1944 г. началась эпидемия оспы в. Италии. Заболевания протекали в легкой форме. За 1944 г. заболело 2 878 человек; 80°/« заболеваний произошли в городе и провинции Неаполь. В 1945 г. заболевания оспой продолжались: в первом квартале наблюдалось 945 случаев, во втором — 787 случаев, в третьем заболело 617 человек, в октябре и ноябре было 411 заболеваний. Всего за 11 месяцев заболело 2 750 человек, а за 20 месяцев эпидемии — 5 628 человек.

На о. Сардиния был один случай в сентябре 1945 г. и 31 случай в октябре 1945 г.

В г. Сиракузах на о. Сицилия в декабре 1943 г. наблюдалось 4 случая заболевания оспой; в г. Палермо — один случай в сентябре 1944 г., после чего до середины февраля 1945 г. произошло еще 42 заболевания; в апреле, мае, июне и Июле 1945 г. было по одному случаю оспы. С того времени в этом городе новых заболеваний оспой не было—■ подверглось вакцинации более 50 000 жителей.

Доктор медицинских наук Л. М. С т а рок а|дом с к и й

* Напомним, что холера, чума, желтая лихорадка, оспа (и сыпной тиф при эпидемическом распространении) признаны Международной конвенцией 1926 г. по санитарной охране морских границ особо опасными и требующими проведения особых мероприятий. Отсюда их наименование «конвенционные болезни».

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Проф. И. А. БЕГЕЛЬМАН

КАК НЕ СЛЕДУЕТ ПОДЫТОЖИВАТЬ ОПЫТ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

В 1945 г. вышел вторым изданием учебник «Хирургическая стоматология» проф. А. Е. Верлоцкого (изд. Медгиза, рекомендован Главным управлением средними учебными заведениями НКЗдрава СССР для зубоврачебных школ). В этом учебнике имеется глава о повреждениях челюстно-лицевой области. Мы вправе ожидать и даже требовать от автора учебника, изданного в 1945 г., чтобы в такой важной главе был учтен опыт Отечественной войны. К сожалению, этот опыт в данной главе совершенно не отражен.

Глава о повреждениях челюстно-лицевой области должна дать учащимся сведения: 1) об организационной структуре специализированной помощи челюстно-лицевым раненым, 2) о методах оказания помощи и лечения их и 3) о роли и месте зубного врача на фронте.

Что касается организационной стороны дела, то автор совершенно обходит ее молчанием. Достаточно сказать, что на протяжении всей главы, обнимающей два печатных листа, ни разу даже не упоминаются такие термины, как «этапное лечение», «эвакуация по назначению», «сортировка», «группы усиления» и т. д., т. е. учащемуся не дается представления об основных принципах организация медицинской службы в Отечественную войну. Там же, где автор вскользь касается организационных вопросов, он дает сведения путаные, способные только дезориентировать учащегося. Так, на стр. 246 читаем: «Как показал опыт в особенности 1943—1944 гг.», раненый, получивший первую помощь, «в тот же день попадает в медсанбат и обычно, не задерживаясь на ПМП, нат'|р а в л я е тс я в ППГ для получения первой врачебной помощи, а часто и квалифицированной специализированной помощи» (разрядка моя. — И. Б.).

В области методики лечения дается ряд ватерных установок. Так, сто автору, «принципы оказания первой помощи» при огнестрельных переломах -такие же, как при переломах неогнестрельных» (стр. 245). Рекомендуются методы, которые на опыте войны себя не оправдали. Например, фиксация языка лигатурой, привязанной к пуговице верхней одежды (стр. 246), иммобилизация отломков верхней челюсти дощечками, которых на фронтах никто нигде не применял на протяжении всей войны, которых не было и нет сейчас на снабжении (стр. 247), 'применение «жестких аппаратов несъемного типа (капп)» в армейском районе, как это вытекает из следующей фразы на стр. 248: «Если первую специализированную помощь оказывают в стационарных условиях, где в распоряжении врача имеется зуботехническая лаборатория», т. е. что обычно имело место в армейском районе.

Такая установка не только не имела места во время Отечественной войны, но она невыполнима и недопустима.

Первичная обработка раны на лице по Верлоцкому заключается «в иссечении краев н дна раны на ширину в среднем от 0,5 до 2 см» (стр. 228).

Приведенными примерами я ограничусь для иллюстрации многочисленных подобных ошибок и недопустимых установок.

Где, как не в этом учебнике, учащийся зубоврачебной школы должен был бы получить указания о роли и месте зубного врача на фронте?

Однако об этом не упоминается ни единым словом.

Рецензируемая глава, в том виде, как она изложена, была бы неприемлема и до Отечественной войны. Тем более досадно, что такая глава фигурирует в вышедшем в 1945 г. стабильном и единственном учебнике по хирургической стоматологии для зубоврачебных школ.

Опыт Великой отечественной войны в данной главе представлен в таком искаженном виде, что мы считали бы необходимым: 1) дать методические указания яе пользоваться этой главой при прохождении курса хирургической стоматологии я 2) срочно издать учебное пособие взамен этой главы.

★

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945 гг.) (Продолжение;[1]

IV. ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

5. Кровотечения и борьба с ними

А с с М. С., О поздних кровотечениях у челюстно-лицевых раненых и показаниях к Перевязке сонных артерий, в кн. Тр. эвакогоспиталей системы ФЭП № 50, № 5—6. Л., стр. 156—163, 1943.

Б а бу к В. В., Новое кровоостанавливающее средство — витамин Кз, Советская медицина, 5—6, 1943.

Барков Д. А., К вопросу остановки кровотечения электрокоагуляцией, в кд. 2-я научная конференция, Тезисы докладов, Куйбышев, ВМА, стр. 34—35, 1941.

Баучидзе С. Н., Поздние кровотечения при огнестрельных ранах, в кн. Тр. 2-й научной конференции врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 364—367, 1944.

Березин И. Ф. и Березина Е. П., «Тромбин» как гемостатическое средство в хирургии, в кн. Тр. оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 82—87, 1942.

Болдин А. М., Поздние кровотечения и травматические аневризмы, в кн. Вопросы хирургии войны, желудочной хирургии и урологии, Горький, стр. 112—25, 1942.

Бондарчук А. В., К вопросу об остановке кровотечения из пахионовых грануляций и синуса, в кн. Работы ленинградских врачей за год Отечественной войны, в. 2, Л., стр. 78—79, 1942.

Бронштейн Б. Л., Поздние кровотечения после огнестрельных ранений, Вестник хирургии им. Грекова, 2, 1941.

Б у л ы и и н И. И., К вопросу о вторичных кровотечениях после огнестрельных ранений, Реферат, Хирургия, 4, 1944.

Варлаков М. Н., О растительных кровоостанавливающих средствах, Фармация, 1, 1943.

Верхратский С. А., Вторичные кровотечения, Реферат, Хирургия, 5, 1944.

В и л е с о в С. П., О вторичных кровотечениях после ранений по наблюдениям тылового госпиталя, Новый хирургических архив, 49, 3, 1941.

Вишневский А. В., Наш метод борьбы с вторичным кровотечением, Хирургия, 7, 1943.

Владимирцев О. И., Вторичные кровотечения по данным М-ского эвакогоспиталя, в кн. Сб. научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской АССР, т. 1, Махач-Кала, стр. 26—27, 1943.

Вовченко Г. В., О временной остановке кровотечения при глухой гипсовой ■связке, Хирургия, 2, 1945.

В ы р е н к о в Е. Я., Применение тромбина для остановки кровотечения, Госпитальное дело, 1—2, 1944.

Гольдман И. Н., К вопросу о вторичных кровотечениях при огнестрельных ранениях, в кн. 1-я Научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 58—59, 1943. Для служебного пользования.

Гориневская В. В., Кровотечения при огнестрельных ранениях, распознав»-, ние и способы остановки кровотечения на различных этапах эвакуации, в ки. Гориневская В. В. и Рамм М. I'., Первая хирургическая помощь при травмах военного в мирного времени, М., Медгиз, стр. 67—80, 1942.

З л а т м а н А. Ф., Вторичные кровотечения после огнестрельных ранений. Хирургия, 4, 1945.

Ивашенцева К. В., Ильинская Л. И. и др,, Показатели крови при лече-. инн постгеморрагических анемий трансфузиями крови, в кн. Тр. Института за 1941 г., Сочи, стр. 24—27, 1942 (Государственный бальнеологический институт им. Сталина).

И ос сет Г. Я., Р а би н о в и ч Л. А., Наши наблюдения над вторичными кровотечениями при огнестрельных ранениях, в кн. Тр. 1-й Хирургической конференции Ы-ского РЭП 27—30 июля, 1942, б. м,, стр. 307—309, 1943.

Каган Ц. С., К вопросу о повторных кровотечениях, в ки. Сб. научных работ института за 2-й год Отечественной войны, Л., стр. 128—33, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

К а р у п у В. Я., Первичные и вторичные кровотечения, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 3—14, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Кожевников А. И.. Борьба с вторичным кровотечением, в кн. |В помощь госпитальному врачу, Горький, стр. 26—27, 1942.

[1] См. ВМЖ, № 1—2, 3, 4—5, 6, 7—8, 9 и 10 за 1946 г.

К о коз, Вторичное кровотечение при огнестрельных ранениях в госпиталях ПЭП, **в** кн. Военная медицина на 3-м Белорусском (Ъронте в Великой отечественной войне, № 7, Вильнюс, стр. 67—71, 1944. *

Ко к о з, Вторичное кровотечение при огнестрельных ранениях челюстно-лицевой области, в кн. Военная медицина на 3-м Белорусском фронте в Великой отечественной войне, № 7, Вильнюс, стр. 50—59, 1944.

Копылов Ф. А., О вторичных кровотечениях, в кн. Тр. эвакогоспиталей Ленинграда, № 1, Л., стр. 46—49, 1942.

Кудряшев Б. А., Борьба с раневыми кровотечениями при' помощи фермента тромбина. Военно-морской врач, 4, 1944.

Кудряшев Б. А., Кровоостанавливающее действие тромбина, Госпитальное дело, 1—2, 1944.

К уд р я ш е в Б. А., Опыт применения тромбина в качестве гемостатического средства, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 6, 1944.

К у Д р я ш е в Б. А., Фермент тромбин как кровоостанавливающее средство, в кн. Экспериментальная медицина, М., стр. 61—71, 1944.

Левитский Б. К технике остановки кровотечения из рай печени, Хирургия, 2, 1944.

Л е в и т с к и й Б. П., Кровотечение и методы его остановки. Пособие для слушателей, Куйбышев, 136 стр. с илл., 1942 (Куйбышевская ВМА Красной Армии).

Л и с и ц и н М. С., Вторичные кровотечения у раненых, Вестник хирургии **им.** Грекова, 61, 4, 1941.

М а с у м о в С. А., Ранения сосудов и борьба с кровотечением на различных этапах эвакуации, Ташкент. Ташкентский Мединститут, 32 стр.. 1942. Библиогр.

Махов Н. И., Вторичные кровотечения н предупреждение осложнений после перевязки артериальных стволов **и** больших кровопотерь, Госпитальное дело, 1—2, 1945.

Миловидов В. С., Кетгут в хирургии военного времени как кровоостанавливающее средство, в кн. Тр. госпиталей ПоиВО. 1, Куйбышев, стр. 156—60, 1944. *

Михалевский И. И., Метод временной остановки вторичных кровотечений под глухими гипсовыми повязками. Госпитальное дело, 11—12, 1943.

Оглоблин А. А., Вторичное кровотечение, в кн. Тр. госпиталей ПрнВО, 1, Куйбышев, стр. 73—83, 1944.

Огнев В. В., Вторичное кровотечение и борьба с ним, М., Медгиз. 2 стр., 1942 (Главное управление эвакогоспиталей НДЗдрава СССР); в кн. Тр. 2-го пленума Госпитального совета НКЗдоа"а СССР. М.. стр. 204—209. 1943.

Очкин Л. Д., Вторичное кровотечение на последнем этапе эвакуации в глубоком тылу, в кн. Сб. работ сан. службы СибВО, 2, М., стр. 104—106, 1943.

Парин В. М.. Поздние кровотечения вообще и при огнестрельных ранениях сосудов в частности, в кн. Сб. научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла. Свердловск, стр. 74—86, 1941.

Петров Н. Н., Борьба с кровотечением в свежих ранах и лечение повреждений сосудов, в кн. Лечение ранений на войне, Л., стр. 191—205, 1942; Лечение военных ранений. Л., стр. 185—203, 1945.

Плетнева А. И., Роль сестры при вторичных кровотечениях. Медицинская сестра, 6, 1944.

Плоткин Ф. М., Вторичные кровотечения, в кн. Тр. 2-го пленума Госпитального совета НКЗдрава СССР, М,, стр. 198—204, 1943. Для служебного пользования.

П ок от и ло в К. К.. Вторичные и аррозионные кровотечения при огнестрельных ранениях, Хирургия, 8—9, 1942.

Преображенский Н. А.. О поздних кровотечениях при огнестрельных повреждениях кровеносных сосудов бедра, в кн. Сб. научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 87—92. 1941 (Сан. отдел УралВО).

Пшеничников В. И., Вторичное кровотечение, Фельдшер и акушерка, 5—6, 1942.

Ра ч е к П. М., К вопросу о хирургическом лечении повреждений сосудов, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 15—17, 1945 (ГВСУ Красной Армин).

Пшеничников В. И., К лечению вторичного кровотечения. Советская медицина 11—13. 1943.

Рывлнн Я. Б.. Повторные кровотечения прн огнестрельных повреждениях, Л., ФЭП № 50, 55 стр., 1942. Библиогр.

Рывлин Я. Б. Повторные кровотечения при огнестрельных ранениях ягодичных арт°рий. в кн. Тр. эвакогоспиталей системы ФЭП № 50 и лечебных учреждений армии. № 1, Л., стр. 50—57, 1943.

СлупскийН К- Способ профилактики и остановки кровотечения при глухой гипсовой повязке. Хирургия, 2, 1942.

Смирнов Е. В., Вторичное кровотечение, в кн. Вопросы хирургии, М.—Л., стр. 63—69. 1944.

Теребинский Н. Н., Вторичные кровотечения и борьба с ними. Хирургия, 7, 1944.

Туровец И. Г., Об огнестрельных ранениях 'кровеносных сосудов, Хирургия, 5-6, 1942.

Фридланд М. О. и Леритский Б. Л., Кровотечение и методы его остановки, Куйбышев, 138 стр,, 1942.

Ходков В. Н., Вторичные кровотечения, Медицинская сестра', 5—6, 1944.

Ходков В.. Н., Кровотечение и меры борьбы с ним, Медицинская сестра, 11—12, 1943.

Х и т р о в Ф. М., О борьбе с вторичным кровотечением при огнестрельных ранениях, Госпитальное дело, 3—4, 1942

Ху р цилин И. Н., Кровотечения из ягодичных артерий, Госпитальное дело, 1, 1943.

Ша рин И. Т., К вопросу об остановке кровотечения зажимами а бетеиге в кн. Сб. научных работ, Горький, стр. 27—29, 1943 (Московский коммунистический военный госпиталь).

Ш е м н о в а 3. П., Вторичные кровотечения по материалам отделения для нетранспортабельных М-окого СЭГ, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции 1Ч-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м., стр. 304—306, 1943.

Шнее А. Я., О поздних кровотечениях у раненых, Хирургия, 2, 1945.

6. Переливание крови и кровозамещающих жидкостей

Абрамов С., Флакон № 89 (566), О донорах Ленинграда, в кн. Возвращение в строй, Л., стр. 53—56, 1944.

Абрамсон Б. П., Избранные вопросы переливания .крови, С. предисл. и под ред. А. М. Заблудовского, 129 стр. с илл., 1941. Библиогр. (1-е отд ЛМИ им. акад. И. П. Павлова).

А вед и со в С. С., К проблеме внутриартериального переливания крови, Хирургия, 8, 1944.

Адизе га лов А. М., Переливание крови в поликлинических условиях, Клиническая медицина, 3, 1941.

Аксенов Б. Н. и Либов Л. Л., К вопросу об организации переливання крови в МСБ, в кн.. Сб. материалов и статей, № 1, б. м., действ. армия, сир. 65—69, 1942.

Актуальные проблемы переливания крови (19-й расширенный-'пленум Ученого совета Центрального института переливания крови), Медицинский работник. 10.У1.1943.

Альперин П. М., К вопросу о гемолизе при переливании крови от универсального донора, Советская медицина, 2, 1941.

Альперин П. М., Переливание крови и донорство, М., 64 стр. с илл., 1943

Альперии П. М., Противопоказание к донорству со стороны внутренних органов, Советская медицина, 7—8, 1943.

Альперин П. М., и Виноград-Финкель Ф. Р., 17-й пленум Ученого совета Центрального института переливания крови. Хирургия, 2, 1941.

Андреев Ф. А., Артериальная инфузия при смертельных кровопотерях, в кн. Санслужба в дни Отечественной войны, в. 4, Свердловск, стр. 235—290, 1944.

Андриенко Е. |Г.. Оценка годности консервирования крови, Медицинская сестра, 3, 1944.

Антипина М. К., Аутогемотерапня в условиях тылового ЭГ, в кн. Сб. научных работ М-ского ЭГ, Горький, стр. 67-—73, 1943. Библиогр.

Арабей В. А., Общие вопросы военно-полевой хирургии о массовом применеяии капельного переливания крови в войсковом и армейском районах, в кн. Сб. работ по военной медицине 3-го Прибалтийского фронта, Рига, стр. 109—113, 1945.

Арабей В. А., О применении капельного переливания кровн и кровозамещающей жидкости в войсковом районе при массовом поступлении раненых, в кн. Сб. материалов и статей,- № 6, б. м., действ, армия, стр. 118—122, 1943.

Арефьев Д. Ф., Бутылочная ампула для консервирования и переливания крови, Хирургия, 1—2, 1942.

Арлозоров 3. Г., К вопросу о применении кровозамещающих растворов по методу Петрова-Павленко, в кн. Тр. лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, № 3, Вопросы военно-санитарной тактики и военно-полевой хирургии, Курск, стр. 65—75. 1944. Для служебного пользования.

Арутюнов А. И., Мепман Ф. Д., Организация службы кровив армейском и войсковых районах, ВСД, 6, 1942.

Ашавскнй М., Переливание крови, Молотов, МолотовГИЗ, 44 стр., 1942.

Багдасаров А. А., Переливание крови в советской медицине к 25-летию Великой Октябрьской социалистической революции, Госпитальное дело, 11—12, 1942.

Багдасаров А. А., Переливание крови и донорство, Конспект лекции, Ред. Л. А. Лерман, 2-е ислр. изд., М., НКЗдрав СССР, 28 стр., 1941 (В помощь лектору). Библиогр.

Багдасаров А. А., Переливание крови на опыте двух боевых операций, Советская медицина, 19—20, 1941.

Багдасаров А. А., Пленум Ученого совета Центрального института переливания крови, Военно-Морской врач, 4, 1944.

Багдасаров А. А., Работа Центрального ордена Ленина института переливания крови в период Великой отечественной войны, Советское здравоохранение,. 7—8, 1944.

Багдасаров А. А. и др., Краткий справочник по переливанию крови, 2-е изд.. М.—Л., Медгиз, 48 стр. с илл., 1941 (ГВСУ Красной Армии).

Багдасаров А. А. и др., О показаниях к гемотерапии в тыловых эвакогоспиталях, в кн. Тр. 1-го пленума госпитального совета-, М., стр. 306—312, 1924; Клиническая медицина, 20, 7, 1942.

Багдасаров А. А. и др., Переливание крови в военно-полевой терапии, в кн. Тр. 2-й терапевтической конференции РЭП № 95, Вологда, стр. 356—368, 1943.

Багдасаров А. А. и др., Переливание крови во внутренней медицине, в частности, в военно-полевой терапии, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М,, стр. 3—-18, 1944.

Багдасаров А. А. и др.. Проблема применения кровозамещающих жидкостей, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 23—39, 1944.

Баданянц Г. Ф., Гемотрансфузия со стабилизатором хлористым кальцием, в кн. Сб. научных трудов ЭГ, в. 1, Куйбышев, стр. 95—104, 1943.

Бакшеев Н. С., Изменения плацентарной консервированной крови, Акушерство и гинекология, 11—12, 1941.

Б ан ай тис С. И., Опыт организации переливания крови на фронте, ВСД, 11—12, 1943.

Бартошевич Е. Н., Случай заражения малярией при переливании консервированной крови, Советская медицина, 2, 1941.

Беленский Д. Н., К проблеме совместимости в переливании крови, Хирургия, 2, 1943.

Белицер В. А., Вопросы консервирования крови, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 12, 1943.

Белоновский Г. Д., К вопросу об укупорке сосудов при консервации крови, в к». Научные труды, т. V, Л., стр. 72—73, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Белоновский Г. Д., Электрофорез и консервация крови, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 108—110, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Белоусов А. П,, Диссоциационные кривые оксигемоглобина консервированной крови на стабилизаторе ППК, Архив биологических наук, 10—11, 1941. Библиогр.

Беляков А. Д., Универсальный набор для переливания крови и кровозамещающих растворов, Вестник хирургии им. Грекова, 63, 5—6, 1943.

Беляков А. Д. и Гуревич Г. С., Транспорт консервированной крови, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 84—90, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Березкин К. В., Зальцман Г. Л. и Себр ант Ю. В., К вопросу о патогенезе гемолитического шока, в кн. Научные работы курсантов ВММА, II, Л., изд. ВММА, стр. 33—38, 1944.

Березов Е. Л. и др., О переливании крови в эвакогоспиталях тыла, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 30—45, 1944.

Березов Е. Л. и др., О показаниях к переливанию крови в тыловых эвакогоспиталях, в кн. Вопоосы переливания крови, Горький, стр. 140—'158, 1944.

Блинов Н. И., О посттрансфузионном шоке, в кн. Сб. научных работ института за год Отечественной войны. Л., стр. 176—181, 1942 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

Блинов Н. И., Определение групповой принадлежности у раненых в войсковом районе и проба на совместимость, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 101—107, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Блинов Н. И., Переливание крови в кн. Лечение ранений на войне, Л., Медгиз, стр. 205—213, 1942; Лечение военных ранений, Л., Медгиз, стр. 203—211, 1945-

Блинов Н. И., Переливание крови непосредственно в полость сердца, Краткое сообщение, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 6, 1941.

Блинов Н. И., Переливание крови, подвергшейся замораживанию, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 1, 1944.

Блинов Н. И., Посттрансфузионный шок, его классификация, профилактика и терапия, в кн. Работа ленинградских врачей за год Отечественной войны, в. 4, Л., стр. 28—34, 1943.

Блинов Н. И. и др., Гемолитический шок как осложнение при переливании иногруппной крови, Вестник хирургии им. Грекова, 63, 4, 1943.

Блинов Н. И. и др., Дополнительные изогемоагглютинационные факторы и осложнения при переливании крови, Хирургия, 1—2, 1942.

Блинов Н. И. и Иванова Л. М., Об индивидуальной чувствительности организма к перелитой крови, Вестннк хирургии им. Грекова, 64, 6, 1944.

Блинов Н. И. и Сазонтов В. И., Об осложнениях при переливании совместимой крови, в кн. Работа ленинградских врачей за год Отечественной войны.

в. 2, Л., ст. 15—22. 1942; Сб. научных работ института за год Отечественной войны, Л., стр. 182—186, 1942 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

Блинов Н. И. и др., Справочник по переливанию крови для медработников, Медгиз, 33 стр., 1943 (НКЗдрав СССР, НКПС, Дорожная станция переливания крови Октябрьской ж. д.).

Блох Я. И., Эритроплазма гетерогенной крови, в кн. Тр. 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м., стр. 396—397, 1943.

Блохин Н. Н., К вопросу о возможности заражения малярией при переливании консервированной крови, з кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 125—144, 1941.

Блохина И. Н,, Условия взятия крови на консервацию, в кн. Вопросы переливания крови. Горький, сто. 37—44, 1944.

Богомолец А. А., Переливание крови как метод патогенетической терапии, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, стр. 18—23, 1944.

Богомолова Л. Г., Организация донорства, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 40—50, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Богомолова Л. Г., Экспериментальные и клинические данные о применении сухой плазмы и сухих сывороток, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 37—48, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Брлышев И. Н., Вопросы исследования групповой принадлежности крови, в кнЛСовременные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр.235—293, 1944 (Тр. Института клинической и экспериментальной гематологии).

Болышев И. Н., Источники ошибок при массовом определении групповой принадлежности крови, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 306—316, 1944.

Болышев И. Н. и др., К вопросам массовой заготовки стандартных изогемоагглютинирующих сывопоток и их использование, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 45—51, 1944.

Болышев И. Н., Метаморфоз белковых функций плазмы консервированной крови, хранимой при разных температурах, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 13—71, 1941.

Болышев И. Н. и др., Опыт изготовления стандартной изогемоагглютиннрующей сыворотки высокой активности в 'отношении фактора А, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 52—57, 1944.

Болышев И. Н. и др.. Особенности определения группы крови реципиента *и* донора, в кн. Вопросы переливания крови. Горький, стр. 317—321, 1944.

Болышев И. Н. и др., Явления гликолиза в консервированной крови в условиях различных температур хранения, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 71—100. 1941.

Борштенбиндер В. М., Калиничев Т. К., К вопросу о технике капельного переливания крови и вливания растворов, в кн. Военная медицина в Великую отечествеииую войну, в. 1, М., стр. 162—167, 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Брайцев В. Р., Переливание крови в клинике, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 1—2, 1941.

Васильев П. С. и др., К вопросу о механизме действия трансфузии крови (новый метод определения коллоидно-осмотического давления и его применение к изучению белков при смешении сывороток, плазм крови), в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 243—255,. 1944 (Тр. Института клинической и экспериментальной гематологии).

Васки и И. С.. О сенсибилизи1пую1цих свойствах кровоостанавливающих препаратов, приготовляемых' из кровяной плазмы животных, в кн. Сб. научных работ института за 2-й год Отечественной войны. Л., стр. 190—200, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

Вау л ии Г. В.. Влияние трансфузии консервированной крови реципиента, в кн. Сб. научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской АССР, т. I, МаХач-Кала, стр. 60—64, 1943.

Вахрамеев ПЛИ., Клинические материалы по переливанию крови, стабилизированной сернокислой магнезией. Хирургия, 2, 1941.

Верховский, Указания по применению кровозамещающего раствора № 3 Ленинградского института переливания крови и противошоковых растворов № 28 и № 43. в кн. Методические указания по вопросам военно-полевой терапии, Л., стр. 111—137. 1944 (ВСУ Ленинградского фррнта). Для служебного пользования.

В и л е с о в С. П.. О бактериальном загрязнении консервированной крови. Вестник хирургии, 61, 2, 1941.

Виноград-Финкель Ф. Р., Актуальные вопросы в области переливания крови. Отчет на 18-м пленуме Ученого совета Центрального института переливания крови. Больничное д^ало, 5—6, 1941.

Виноград-Финкель Ф. Р. и др., Дыхательная функция крови реципиента после переливания консервированной крови длительных сроков хранения, в кн. Со-

временные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 143—157, 1944 (Тр. института клинической и экспериментальной гематологии).

Виноград-Финкель Ф. Р., Роль кровозамещающих сред в борьбе с острой кровопотерей, Хирургия, 8, 1942.

Вчноград-Финкель Ф. Р., Физиологическая и терапевтическая полноценность консервированной крови различных сроков хранения, Диссертация, М., 336 л. с илл., 1942 (Центральный институт гематологии и переливания крови). Библиогр. (отпеч. на пиш. маш.).

Влияние трансфузии крови на состояние гемодинамики при анемиях. Сообщение Ф. И. Логинова, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 105—119, 1944.

Воробцов В. И. и Топчан А. В., Переливание крови при хирургических заболеваниях почек и надпочечников, Хирургия, 11—12, 1941.

Воронов Н. С., Переливание крови при крайних степенях обескровливания, Госпитальное дело, 7—8, 1944.

В я с е л е в Р. А., Ампула (трехтубусная) для взятия, хранения и переливания крови, в кн. Тр. Казанского государственного медицинского института, в. I, Казань, стр. 18-22, 1942.

В я с е л е в Р. А., Консервирование крови концентрированными растворами цитрата натрия, в кн. Тр. Казанского государственного медицинского института, в. I, Кавань, стр. 165—165, 1941. Библиогр.

Ганфельд Н. А., Переливание крови в войсковом районе по материалам ППГ, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. м., стр. 63, 1943. Для служебного пользования.

Геер В. М., Случай заражения сыпным тифом при переливании крови, Советская медицина, 11—12, 1942.

Гершенович З. С. и Рухельман А. А., К проблеме использования плазмы и сыворотки крови в концентрированном виде. Предварительное сообщение, в кн. Вопросы терапии, М.—Л., стр. 37—41, 1944; Сб. научных трудов военно-морских врачей, 2, стр. 37—41, 1941.

Г инзбург, Осложнение при переливании крови, Медицинская сестра, ,10, 1943,

Гливенк о В. Ф., Опыт переливания крови без предварительного подогревания, Здравоохранение Казахстана, 6, 1942.

Глозман О. С. и др., Прижизненное промывание организма гомологичной кровью с полной заменой крови реципиента кровью донора, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1—2, 1945.

Голубчин С. Б. и Бельская Г. И., Новый источник плазмы из ретроплацентариой крови, в кн. Сб. работ по акушерству и гинекологии, М., стр. 223—225, 1944. ;

Гондаксаз А. Т., Гусман и Дамер, Переливание крови в поликлинической обстановке, Советско-врачебный журнал, 2, 1941.

Гончаровский и Петров, К вопросу о механизме шока после переливания гетерогенной крови,, в кн. 2-я научная конференция Куйбышевской ВМА, Тезисы доклада, Куйбышев, 40 стр., 1941.

Гринберг Е. А., Осмотическая резистентность эритроцитов консервированной крови как критерий годности ее для трансфузии и транспортировки, в кн. Сб. научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской АССР, т. 1, Махач-Кала, стр. 52—59, 1943.

Гроздов Д. М., Переливание сухой человеческой сыворотки и плазмы, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 91—102, 1944.

Гулецкий Ф. М., К технике операций переливания крови, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 323—325, 1941.

Данилин И. И., Третья фракция свертывания крови и значение ее в клинике, Вестник хирургии им. Грекова, 63, 3—4, 1943.

Дволайцкая-Барышева К. М., Микрофлора консервированной крови при раннем гемолизе и ее гемолитическая активность, Клиническая медицина, 21, 10—11, 1943. Библиогр.

Дервиз Г. В. и др., Дыхательная функция крови после кровопотери и переливание крови, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 158—175, 1944 (Тр. института клинической и экспериментальной гематологии).

Денисова С., Служба крови в эвакогоспитале, Медицинская сестра, 1—2, 1943.

Денн М. Е., Консервирование крови на глюкозо-цитратном растворе, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 77—83, 1941 (Ленинградский научно-нсследовательскнй институт переливания крови).

Денн М. Е. и Соловьева Т. Г., Переливание больших доз крови от универсального донора, в ки. Научные труды, т. V, Л., стр. 10—16, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Дервиз Г. В., Буланова О. Н. и Степаненко А. Г., Г азы крови после кровопотери и переливания крови, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 10—11, 1943.

Д ж а м у с о в А. А., Опыт обеспечения консервированной кровью войскового района М-ской армии, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 108—ГП, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Дмитриев В. В., Переливание крови в медсанбате, в кн. Сан. служба в Отечественной войне, в. I, Опыт работы врачей Северо-Западного фронта, М., стр. 108—114, 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Д м и т р у к Я. Д. и К а р т а в ц е в а 3. П., Об ускоренной пробе на совместимость Баринштейна-Бабского, Хирургия, 8, 1942.

Дробинская Л. П,, К организации помощи раненым в состоянии шока в войсковом районе, в ки. Сб. материалов и статей, № 3, б. м., действ, армия, стр. 85—95, 1942.

Дульцин М. С., Применение сухой сыворотки в лечебной практике, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 102—109,1944.

Дульцин М. С. и Кункель А. С., Об организации массовой заготовки консервированной крови, Советское здравоохранение, 3—4, 1942.

Дых но А. М., О переливании неподогретой крови, Хирургия, 11—12, 1942. Библиогр.

Елизаровский С. И., О переливании крови, Архангельск, 10 стр., 1942.

Е в л ян Р. С., Опыт переливания крови в военное время, в ки. Сб. научных трудов Ереванского медицинского института, Ереван, стр. 209—223, 1944 (Факультетская хирургическая клиника).

Е в л я и Р. С., Применение сульфамидов при консервации крови, плазмы и лечебной сыворотки, в кн. Сб. научных трудов Ереванского медицинского института, Ереван, 74—88, 1944 (Факультетская хирургическая клиника).

Жвания Т. С., Анализ причин посттрансфузионных осложнений в эвакогоспиталях Грузинской ССР и их профилактика, в кн. Тр. 2-й научной конференции врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 307—312. 1944.

Жвания Т. О. и Иза шв или С. П., Регенерация кровн у доноров и действие на их организм изъятия малых и средних повторных доз крови, Клиническая медицина, 4, 1941.

Жигачев А. Д., Клемма-иглодержатель для одновременного переливания крови на нескольких столах, в кн Сб. рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП № 122 и фронтового ПЭП № 99, б. м., стр. 27—48, 1945.

ЖучковскаяМ. И., Об организации станции заготовки крови в армейских условиях, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 436-^37, 1945 (ГВСУ Краской Армии).

Зайцева-Барановская А. М., Определение групп крови при низких температурах, Врачебное дело, 2, 1941.

За коре цк а я П. С.. Наш опыт по переливанию крови, Фельдшер и акушерка, 11—12, 1941.

Залесская, Переливание крови в медико-санитарном, батальоне, Медицинская сестра, 3, 1944.

З а х а р ь я н С. Т., К вопросу о механизме действия новокаиновой поясничной блокады при гемотрансфузионном шоке, Архив биологических наук, 62, 1, 1941.

Зиньковский Я. Д., Опыт использования плацентарной крови, Советское здравоохранение Туркмении, 3, 1942.

Зорин П. П., Случай обратного переливания крови при тяжелом повреждении печени, Хирургия, 2, 1941.

И в а х н е и к о Г. С., Переливание крови, Краткое руководство для врачей, Ростов н/Дону, Ростовск. обл. книгоизд., 61 стр. с илл., 1942 (Ростовский н/Дону институт переливания крови).

Изучение новых кровозамещающих растворов. Сообщение I—VI, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, стр. 69—74, 1944. Библиогр.

И о н к и н Г. А., О применении «гемоинфузиа», атропина и аскорбиновой кислоты с лечебно-профилактической целью при массивных острых кровопотерях, в ки. Тр. Сталинградского медицинского института, т. V, Сталинград, стр. 25—31, 1945 (НКЗдрав РСФСР).

И ох в е до Б. И., О внутрисердечном переливании кровн, Хирургия, 2, 1944.

К а д ыре в И. Г. и др., Дра случая смерти после переливания одногруппной крови, в кн. Сб. научных трудов Башкирского государственного медицинского института, т. 5, Уфа, стр. 156—160, 1943.

К аз Б. Л., О температуре Переливаемой крови (К вопросу об изменении инструкции по переливанию крови), Вестник хирургии им. Грекова, 61, 6, 1941.

Казанский В. И., Изучение новых, кровозамещающих растворов, Сообщение VI, Переливание замороженной плазмы крови в клинике, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 70—74, 1944.

Казанский В. И., О консервации эритроцитов крови, остающихся после отсасывания плазмы и о переливании их больным и раненым, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М.. стр. 108—112, 1944.

Казанский В. И. и др., Изучение новых кровозамещающих растворов, Сообщение II, Клиническое испытание солевого инфузина ЦИПК, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 45—49, 1944.

К а з а н с к и й В. И. и др.. Изучение новых кровозамещающих растворов, Сообщение IV, Клиническое испытание серотрансфузина ЦИПК. в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 54—61, 1944.

Канекевнч М. И., Иммунотрансфузии при ожогах, Харьков, 138 стр. с илл., 1941 (Украинский институт экспериментальной медицины). Библиогр.

Каплан А. В. и др., Массивные переливания крови при острых кровопотерях от огнестрельных ранений, Клиническая медицина, 20, I—2, 1942.

Капонерова Т. А., О консервировании смешанной плацентарной крови, в **кн.** Сб. работ по акушерству и гинекологии, М., стр. 220—223, 1944; 2-я научная конференция, Тезисы докладов, стр. 39—40, 1941 (Куйбышевская ВМА).

Карташевскнй Н. Г., Опыт переливания крови, в кн. Сан. служба Тихоокеанского флота в Хасаиской операции, М., стр. 25—33, 1941.

Карташевскнй Н. Г., Переливания крови, в кн. Тр. УМС при начальнике МСУ ВМФ, т. II, в. 4, № 5, М., стр. 3—12, 1943.

Карташевскнй Н. Г., Переливание крови в лечебных учреждениях и на, кораблях ВМФ, Пособие для военно-морских врачей, Л., Изд. ВММА, 54 стр., 1945.

Кассирский И. А., Переливание крови в костный мозг, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 292—294, 1943 (САВО).

Кассирский И. А., Переливание крови, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, 28 стр. с илл., 1941.

Кассирский И. А., Трансфузия крови в костный мозг, Советская медицина, 2—3, 1943.

К а с у щ е в Г. И., О влиянии на организм трансфузии гемолизированной гомокрови, Вестник хирургии им. Грекова, 64, I, 1944.

К вопросу о патогенезе гемотрансфузионного шока. Авт. Глозман, Касаткина, Коробков и др., Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, И—12, 1942

К вопросу о трансфузии неподогретой крови, Авт. С И. Телятников, Р. А. Сатопаева, Е. М. Компанией и др., Здравоохранение Казахстана, 6, 1942.

К екал о В. В., Аппарат для капельного переливания крови, ВМЖ, 3, 1945.

Кенигсберг Э. Я., Аппарат для капельных вливаний, в кн. Сб. рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП № 122 н фронтового МЭП № 99, б. **м.**, стр. 81—82, 1944.

Керсанов М. Э., Первый опыт стерилизации консервированной крови физическими факторами, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 10—16, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Кешишева А. А., О переливании неподогретой крови. Экспериментальное и клиническое 1исследова<нле. Диес. канд., Хабаровск, стр. 240—261, 1941 (Из госттит. хирургической клиники Хабаровского государственного медицинского института). Библиогр. (отпеч. на пиш. маш.).

Кизилова А. И., Два случая своеобразной реакции на переливание крови универсального донора, Клиническая медицина, XXII, 12, 1944.

Киселев П. А., Аппарат для переливания крови, в кн. Материалы 2-го пленума УМС, М., стр. 61—63, 1944 (1-й Прибалтийский фронт).

Киселев А. В., Переливание крови на фронте, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 112—121, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Климов А. П., Материалы к клинике переливания холодной консервированной крови, Клиническая медицина, 19, 1941. Библиогр.

Климова, Источники ошибок при определении групп крови, Медицинская сестра, 9, 1943.

К о в а и о в В. В., Применение свежей крови животных при лечении тяжело раненых и больных, ВМЖ, П—'12, 1944.

Ковлнн Н. А. и др., О применении гипертонической плазмы при шоковом состоянии после острых кровопотерь, Госпитальное дело, 4—5, 1945; в кн. Тр. 2-й оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского об-ва, Ашхабад, стр. 78—83, 1944.

Коган-Ясный В. М., Переливание крови как метод гуморальной терапии. Советская медицина, 5—6, 1942.

К о л е н к о Н. А., Опыт организации кабинета переливания крови в эвакогоспитале, Госпитальное дело, 8—9, 1943.

Конради Г. П. и Рассолова В. П., О прессорных реакциях сосудистых рецепторов при гемотраисфузионном и пептонном шоке, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 3, 1944.

Копытов Д. И., О технике капельного переливания крови на дивизионном пункте, Хирургия, 4, 1944.

Корабельников Б. К. и др.. Переливание крови в периферийном эвакогоспитале, в кн. Вопросы переливания крови. Горький, стр. 340—341, 1944.

Коробков К. И., Мендель Б. Н. и Франкфурт С. С., Применение консервированной крови в капельных клизмах, ВСД, 7, 1942.

Королев Б. А., Клинические наблюдения над переливанием плазмы, в кн. Вопросы хирургии войны, желудочной хирургии и урологии, Горький стр. 27—74, 1942-

Кор о л е в Б. А., О внутриартериальном введении крови при травматическом шоке, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 238—249, 1944.

Королев Б. А., Переливание плазмы крови, в кн. В помощь госпитальному врачу, Горький, стр. 6—11, 1942.

Королев Б. А., Плазма и сыворотка как заместители цельной крови, в кн. Вопросы Переливания крови, Горький, стр. 65—139, 1944.

Королев Б. А., Посттрансфузионные реакции при переливании плазмы, сывороток и цельной крови (клинические наблюдения), в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 256—267, 1944 (Тр. института клинической и экспериментальной гематологии).

Корякина Т. А., Переливание неподогретой крови, Здравоохранение Казахстана, 7—8, 1943.

Костикова А. Т., Капельный способ переливания крови, Фельдшер и акушерка, 3, 1943.

Коц С. А., Первые опыты переливания консервированной крови без ее подогревания, Акушерство и гинекология, 4, 1941.

Кравченко П. В., Переливание крови в.тыловом эвакогоспитале, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 327—331, 1944.

Кривоносов М. С., Клинические данные о переливании цитратной плазмы и взвеси эритроцитов, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.

Кригер А. Б. и Колосов В. И., Аппарат для капельного переливания крови, Хирургия, 1, 1941.

Ксендзовский М. И., К вопросу о паспортизации групповой принадлежности крови, Хирургия, 10, 1942.

Кудрявцев П. П., Опыт работы пункта переливания крови при ВМГ за год Отечественной войны, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 31—36, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Куке ль А. С., К методике и технике заготовки плазмы и сыворотки крови. Хирургия, 5—6, 1943.

К у к е л ь А. С., О некоторых причинах реакций после переливания крови, Хирургия, 1, 1943.

Куликова А. И., Переливания крови за два года Отечественной войны, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 332—335, 1944.

Кухарчиков В. В., Научно-исследовательская и производственно-практическая работа Ленинградского института переливания крови за год Отечественной войны, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 259—274, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Кухарчик В. В., Наш опыт (по переливанию крови), в кн. Труды, т. IV, М., стр. 12—18, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Кухарчик В. В., Организация переливания крови в госпиталях фронтового района, Врачебное дело, 2, 1941.

Кухарчик В. В,, О состоянии дела переливания крови в гражданских и военных лечебных учреждениях г. Ленинграда, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 144—150, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Кухарчик В. В., Переливание крови а- войсковом районе в кн. Труды, т. IV, М., стр. 92—100, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Кухарчик В. В., Предварительные итоги применения кровозамещающего раствора № 3 Ленинградского института переливания крови, в кн. Научные труды, т. V, *Л., стр.* 24—30, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Кухарчик В. В., Состояние дела переливания крови в ленинградских тыловых военных лечебных учреждениях, в кн. Труды, т. IV, М., стр. 130—134, 1941 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Куцидн А. В., К технике переливания крови, Фельдшер и акушерка, 1—2, 1943.

Ладыгина Н. И. и др., Картина крови и физическое состояние донора. Предварительное сообщение, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 58—62, 1944.

Лазарев Н. В., Результаты экспериментальных наблюдений над действием простой кровозамещающей жидкости, Военно-морской врач, 4, 1942.

Л ев ин зо н Г. И., Переливание холодной крови, Советская медицина, 2—3, 1943.

Левис К. Ф. и З а й ц е в а О. Я., Консервирование крови при пониженных темтературах, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 80—85, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Левитес П, И., Переливание крови в госпиталях первой зоны, в кн. Медико-санитарная служба Краснознаменного Балтийского флота, М.—Л., стр. 57—60, 1945.

Липким Р. Н., Переливание крови и ее лечебное и оборонное значение. Природа, 1, 1944.

Лисицкий Р. М., Уход за 1аппаратурой, предназначенной для переливания крови, Фельдшер и акушерка, 11—12, 1941.

Лозинский И. И., Простая конструкция аппарата для капельного переливания крови, Хирургия, 8, 1944.

Лорин-Эпштейн М. Ю., Местно-ограниченные внутривенные вливания иногруппной или гетерогенной крови для стимуляции местных и общих защитных и восстановительных процессов, Хирургия, 7, 1943.

Лукьянов Г. Н., О переливании крови, Краснодар, 32 стр., 1941 (Краснодарский здравотдел. В помощь врачу эвакогоспиталя, в. 3).

'Любимов М. П., Ранняя фаза реакцвд кроветворной ткани на малые дозы переливания крови, в кн. Тр. 2-й терапевтической конференции РЭП № 95, Вологда, стр. 378—382, 1943.

Макаров В. А., Опыт изучения сосудистых изменений методом капилляроскопии при переливании крови и вливаниях кровозамещающих растворов, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 1, 1944.

М а н ь к и н Н. М. и др., Применение иногруппной крови при огнестрельных осложненных переломах конечностей, Куйбышев, Куйбышев, изд., 64 стр., 1944 (Куйбышевский отдел эвакогоспиталей облздрава). Библиогр.

(Продолжение следует)

Краткий обзор содержания журнала IV аг Ме<Нс1пе 1945, уо1. 7, № 1—3

(Военная медицина, США), № 1—3, 1943 г.

№ 1, ЯНВАРЬ

Н. Е. НШеЬое, Восстановление здоровья больных туберкулезом с медицинской точки зрения, стр. 1—2.

Для успешного лечения больных туберкулезом легких имеют существенное значение три основных условия: раннее распознавание, хорошее санаторное содержание н лечение, надлежащий уход и восстановление. Приведены данные о продолжительности сохранения здоровья после санаторного лечения большой группы лиц с заболеваниями различной степени.

К. Е. ТипЬНд&е. Причины, проявление и лечение воздушных травм, стр. 3—6; приведена литература (20 номеров).

Приведена классификация повреждений, вызванных воздушной волной при взрывах: травма, ожоги, удушение. Описаны клинически 5 случаев.

Р. К. В1еиа1де, Клиническая малярия в военное время, стр. 7—41, 6 диаграмм.

Автор считает, что все случаи излечения малярии, вызванной Р1а8то<Иит у1уах, должны быть приписаны развитию иммунитета. Поэтому раннее лечение может задержать этот процесс. Тем не менее такое лечение следует проводить по крайней мере на театрах военных действий.

К. 8. 8 с 11 АУ а Ь апд Н. К о с Ь е з 1 е г, Неврозы, связанные и не связанные с боевыми действиями, стр. 12—18. 5 диаграмм; приведена литература (4 номера).

На основании изучения 150 случаев неврозов, наблюдавшихся в юго-западной части Тихого океана, авторы заключают, что неврозы, возникавшие во время боевых действий, легче уступают лечению, чем развившиеся вне боевых условий. Выздоровлению больных первой группы способствует помещение их среди соматических больных, а не со страдающими неврозами второй группы.

Е. (V. Ре1егзоп, М. В. Вогпз1е1п апд Н. Н. Лаз ре г, Действие сернокислого морфина на лиц, находящихся в искусственных высотных условиях, стр. 23—28, 5 диаграмм; приведена литература (8 номеров).

Опыты на 9 здоровых молодых людях в камере с воздушным давлением, соответствующим высоте 2 400 и 6 000 м. Морфин (15 мг) давался за полчаса до начала декомпрессии с целью определить его влияние на сопротивляемость физиологическому действию аноксии. Резко выраженного влияния морфина не наблюдалось.

Е. XV. Ре1егзоп, М. В. Вогпз(е1п апд Н. Н. Л аз ре г, Действие сульфатиазола на лиц, находящихся в искусственных высотных условиях, стр. 29—31, одна диаграмма; приведена литература (4 номера).

Шесть опытов (3 контрольных), приведших авторов к заключению, что сульфатиазол в полный терапевтических дозах не изменяет заметным образом способности нормальных людей выдерживать воздействие большой высоты и что применение этого медикамента у раненых, подлежащих транспортировке на самолете ниже 3 000 м или выше 3 000 м с дополнительной доставкой кислорода, не противопоказано.

Л. В. В у п е з, Восстановление здоровья пострадавших на войне, стр. 32—35.

Схема организации восстановления здоровья. Программа для военных госпиталей. Подчеркивается необходимость координации работы в области физической и эмоциональной.

Бациллярная дизентерия, стр. 36—39 (Технический бюллетень военного министерстпа', ТВ Мед. 119). Очерк основных данных.

Чума, стр. 40—43 (Технический бюллетень военного министерства, ТВ Мед. 124). Очерк основных данных.

№ 2, ФЕВРАЛЬ

М. О. Вег г у, А. 8. ЛоЬпзоп } и п. апд 8. Е. V/ а г 8 Ь а и е г, Лихорадка цуцугамучи (кустовый тиф), стр. 71—75, 1 рис.; приведена литература (7 номеров).

Клиническое описание на основании 195 случаев. Описание двух смертельных заболеваний.

Н. О. Ь е V1 п е. Осложнения со стороны сердца при лихорадке цуцугамучк (кустового тифа), стр. 76—81, одна диаграмма; приведена литература (19 номеров).

Сообщаются результаты исследования сердечно-сосудистой системы 130 больных лихорадкой цуцугамучи.

\М. Е. АзЬе)ип апд Ь. В. КоЪег1з, Экспериментальные ожоги у людей, стр. 82—83, 2 диаграммы; приведена литература (5 номеров).

Краткое сообщение результатов опытов с ожогами горячим воздухом посредством специального аппарата.

8. М о г г 1 з о п, О консультациях в военных госпиталях, стр. 84—94.

Сообщение, подтверждающее важное значение постоянного участия специалистов-консультантов (в частности, по желудочно-кишечным расстройствам) в работе различных отделений госпиталя.

Л. Ь. Т и 1 И з, Брюшной тиф у ранее иммунизированных лиц, стр. 95—99, одна диаграмма.

Сообщение о 7 случаях заболевания брюшным тифом привитых.

Е. С а 11 а г д о, Чувствительность к пенициллину микробов, высеянных из инфицированных ран, стр. 100—103, одна диаграмма; приведена литература (8 номеров).

Описан способ исследования и результаты исследования отношения к пенициллину микробов, высеянных из 112 (хронических) инфицированных ран.

Н. Е. 8мгап1г апд М. В а у 11 я 8, Гемоглобинурия, стр. 104—107.

Клиническое описание 7 случаев гемоглобинурии, наблюдавшихся нри лечении более 3 000 больных малярией.

М. М1сЬае1) и п. апд V. Т. Нагг18, В. рагасо!оп, стр. 108—115; приведена литература (11 номеров).

Описание биохимических свойств 53 штаммов В. рагасо!оп, выделенных авторами.

№ 3. МАРТ

В. В. В г е е 8 е, Л. 6 I а п Ь и г у, Н. I) р Ь а т, А. Л. С а 1 Ь о и и, К. Ь. V а п В игеп апд А. 8. Кепшеду, Влияние переполнения помещения на количество заболеваний дыхательных органов, стр. 143—146.

Наблюдения, проведенные в казармах 6 различных типов в одной местности за время с апреля по сентябрь 1943 г., показали, что количество заболеваний дыхательных органов зависит от числа людей, живущих в данном помещении, а не от величины воздушного куба или размеров поверхности пола, приходящихся на одного человека. Разделение обширного помещения на большое число малых комнат представляется поэтому целесообразным.

В. В. На VI 8, Н. М. XV о! гл ап, К. Е. В е г т а п апд Л. Е. XV г 1 % Ь 1, Самовольная отлучка. Психиатрическое исследование 100 человек, находящихся под арестом за самовольную отлучку, стр. 147—151.

83 человека из 100 имели больше одной самовольной отлучки. У 63% обследованных обнаружена умственная недостаточность или умственное расстройство. 53 человека из 100 были женаты, во всей же армии США количество женатых составляет только 30%. Содержание под арестом за самовольную отлучку не может считаться устрашающей мерой.

А. Р. С о *ёё* 1° апд С. Н. Нои с к, Физиологические ненормальности и патологические изменения, вызываемые симулируемым пребыванием на больших высотах, стр. 152—156, одна диаграмма; приведена литература (7 номеров).

Обзор нормальных и ненормальных реакций на воздействие 'Низкого барометрического давления (до высоты 11 400 м). Описание пяти типичных случаев.

С. А. Вго»п, С.11. Н. Сгоп1ск, Н. Ь. МоНеу, Е. Л. Косой га пд, *V/. О.* К 11 п е т а п, Дисфункция нервной системы при приспособлении к большой высоте и как реакция, возникающая после полета, стр. 157—161; приведена литература (5 номеров).

Наблюдениям подверглось более 40 000 человек. Отмечены значительные, но всегда быстро и, повидимому, бесследно проходившие патологические явления со стороны нервной системы, разделяемые авторами на шесть категорий.

В. 8. ЕеауеН, Острая сердечная недостаточность после травмы взрывной воздушной волной, стр. 162—'167, 4 диаграммы; приведены 2 статьи.

Приведены данные с 23 случаях; 3 из этих случаев описаны подробно. Использованы электрокардиограммы 15 больных, прочие сведения о которых утрачены. Объяснение происхождения заболевания в различных случаях не может быть одинаковым.

3. 8. С о I 8 апд А. М. С 1 а г е г, Стойкость и активность пенициллина в растворах и мазях, стр. 168—169, 2 диаграммы; приведена литература (4 номера).

Лабораторные исследования. Стойкость и активность пенициллина в растворе и в мази одинаковы; при содержании на холоду ослабления активности не замечено через 60 дней; при комнатной температуре и в термостате .активность теряется приблизительно через месяц.

Н. 3. р о х, Программа изучения действия пенициллина в морском госпитале США в Портсмуте, стр. 170—172.

Сообщение о результатах применения пенициллина при лечении различных инфекционных заболеваний. Из 1 165 случаев в 1 109 (970 случаев гонорреи) получены успешные результаты, в 56 случаях (в том числе в 30 случаях гонорреи) результат был отрицательный. Пенициллин вводился внутримышечно в дозах от 25 000 до 480 000 единиц в сутки.

3. Н. Вигскепа! апд В. Р. XV о о Оз, Висцеральный лейшманиоз, стр. 173— \/П$_Г$ одна диаграмма.

Клиническое описание 3 случаев, наблюдавшихся в войсках.

3. 3. ЗИуегтап апб V. Е. Р о \у е 11, Простой механический прием для обрисовки участков потливости, стр. 178—180, 3 рис.; приведена литература (4 номера).

Описанный способ представляет модификацию способа, основанного на взаимодействии бумаги, обработанной дубильной кислотой, и содержащейся в поте соли железа, раствором которой предварительно покрывают соответственные участки кожи. Кожу смачивают 25% спиртовым раствором хлорного железа, обсушивают и. припудривают посредством распылителя порошком дубильной кислоты. Места потливости окрашиваются при этом в черный цвет.

К. V. В угле. Заживление ран в Новой Гвинее, стр. 181—182.

Распространенное мнение, что даже чистые раны заживают в тропиках негладко, неправильно. Автор на 50 случаев операций по поводу острого аппендицита наблюдал инфекцию раны лишь в 4 случаях, причем только в одном случае было очевидное загрязнение раны извне, в остальных же трех виной был недостаток хирургической техники.

Краткий обзор содержания журнала Тке ВиПеНп о! (Не (3. 8. Аплу МесНса! Оераг1теп1 1945

Бюллетень Военно-саиитарного управления армии США, 1945, № 84—86

ЯНВАРЬ 1945 г., № 84

О. Н. Соуеп, Эпидемиология инфекционного гепатита, спр. 41—50, одна диаграмма.

Е. В. СЬигсЫИ, Хирургическое лечение раненых на средиземноморском театре военных действий во время занятия Рима, стр. 58—65.

Очерк организации оказания врачебной помощи раненым.

Р. А. бгеп, Лечение малярии тотахином, стр. 51—57, 2 диаграммы.

Описание сравнительных результатов лечения малярии хинином, атебрином и тотахином (304 госпитализированных случая).

О. В. К е п <1 г 1 с к] и п., 3. ЕШоИ, 3. К е 1 с к е 1) и п. апб Е. К. V а и Ь е 1. Снабжение консервированной кровью европейского театра военных действий, стр. 66—73, 4 рис.

Описание организации консервирования, хранения и пересылки крови и приборов для взятия и переливания крови.

А. А. КозепЬеге, Влияние малярии на серологические пробы на сифилис, стр. 74—80, одна диаграмма; приведена литература (23 номера).

Описана методика исследования и результаты более 8 000 серологических проб.

Е. М. Р а р р е г, Судороги при вдыхательном обезболивании, стр. 81—85; приведена литература (7 номеров).

Описание 6 наблюдений над 4 больными при эфирном наркозе.

V. М. Меебеп апс! Н. О. 8 I е 1 п, Физиотерапия в эвакуационном госпитале, етр. 85—89, 6 рис.

Опыт применения физиотерапии в 625 случаях.

М. к. 8 с к о 1 е апй Тк. К а I 2, Протез мягкого неба, стр. 90—93, 5 рис.

Описание одного случая удачного протезирования мягкого неба.

8. В. Р а у п апд V. Р. Ъ 1 е Г, Самопроизвольный гемопневмоторакс, стр. 94—99, 1 рис.; приведена литература (11 номеров). '

Клиническое описание одного случая и обзор данных о спонтанном гемопневмотораксе.

К. Р. К е 11 у апб 3. XV. К 11 е у, Предупреждение искривления при переломах нижней трети плеча, стр. 100—101, 3 р«с.; приведена литература (3 номера).

Анализ механизма искривления при данном переломе. Указан способ предупреждения.

Н. Е. В а 8 з апб 8. 1. Коорег84е1п, Обнаружение скрытых поражений верхушки легкого, сгр. 102—103, 2 рис.

Предлагается делать добавочную рентгенограмму в положении лордоза.

П. С. Е 1 к 1 п, Артерио-венозная аневризма, стр. 104—106, 2 рис.

Описание одного случая: три артерио-венозных соустья на обеих голенях (после множественных мелких ранений осколками ручной гранаты).

О. М. А б а т з, Рота санитаров-носильщиков в сражении на атоллах Тихого океана, стр. 106—109, 6 рис.

Описание организации роты по сбору раненых. .

Р. А. Ре т Ье г Юп, Забота о ногах солдат, стр. 110—117, 1 рис.

О предупреждении и лечении различных заболеваний стопы.

РБ. Е. ХапГакпа, Бронхиальная астма, вызванная сульфатиазолом.

Описание одного случая.

8. В1аиз4еп, Видоизмененная шина при переломе верхней челюсти, стр. 119—121, !• рис.

Описание шины, примененной в случае автора.

V. Н. Козел, Травматическая невропатия плечевого сплетения у парашютистов.

Описание 5 случаев.

ФЕВРАЛЬ 1945 г., № 85

М. Р. Мас Рее, План размещения эвакуационного госпиталя на 750 коеж, стр. 61—63, 1 рис.

Распределение и связь различных частей госпиталя, развернутого в палатках.

С. 3. Со ое ап. Истребление крыс в форте Дивенс, стр. 64—71, 1 рис.

Описание истребления нескольких тысяч крыс посредством отравленных приманок — измельченное конское мясо, смешанное с фосфористым цинком или сернокислым таллием.

Н. Н. Согбоп апб о(Ьегз, Рецидивы маимрпи, вызванной Р1азтоб1ит щуах, стр. 71—74.

Клиническое наблюдение 435 случаев среди солдат.

8. КоЬЬп апб ТЬ. О. 8 с о 1 4, Эвакуация больных в порты США, стр. 75—83.

Л. Т. Но XV а г б, Практическое применение гастроскопа, стр. 84—87.

Сообщение медицинского консультационного отдела Военно-санитарного управления армии США. Пневмония, вызванная гемолитическим стрептококком, стр. 88—91.

Распознавание и лечение.

С. XV. Си 41 е г, Первоначальное лечение ранений кисти руки, стр. 92—98.

Описание основных методов лечения указанных повреждений в передовом районе фронта.

М. Мадпез, Амбулаторное лечение желудочно-кишечных больных, стр. 99—103.

О распознавании и лечении преимущественно пептической язвы и нервных функциональных заболеваний.

8. А. 8 а п б 1 е г апб 8. К. К о 4 т а п, Приспособление эмоционально нестойких солдат, .стр 103—107.

Об организации и деятельности консультационной службы по психической гигиене.

СИ. К. Ке1п апб С. К. СаПепбег, Проверочные пробы серологической диагностики сифилиса, стр. 108—112.

Н. В. 2е14Нп, Состояние зубов у американских солдат в тропиках, стр. 113—118.

МАРТ 1945 г., № 86

Л. Т. Соу 1 е апб XV. П. ТЬотрзоп, Переломы при боевых повреждениях, стр. 57—63.

Обзор 626 случаев, наблюдавшихся среди 2 366 хирургических больных.

Н. 8. С а з п 111 апб ТЬ. Р 1 4 г-Н иг Ь) и п., Токсические психозы после лечения атебрином, стр. 63—69.

Обзор 35 случаев токсического психоза, наблюдавшихся среди 7 604 больных малярией, леченных атебрнном.

Н. ЛасоЬу. Л. К. Бои б о п, Р. 8. *V/* у п е апб ТЬ. К. Р а 11 т е г 8« г, Про* блема поносов в базе на Новой Гвинее, стр. 70—78, 4 рис.

Описание метода борьбы с острыми кишечными заболеваниями. Приведен анализ более 1 400 случаев. Описано устройство для надежного мытья обеденных принадлежностей.

№ Н и г у 14 г апб Р. М. К г а т е г. Военнослужащий срочной службы как помощник психиатра, стр. 79—81.

О подготовке и использовании солдата срочной службы в качестве общественного работника в помощь психиатру.

Н. 'К И к 1 п, Фрамбезия у белого солдата, стр. 81—83.

Клиническое описание одного случая, наблюдавшегося в тропиках.

К. АУ 1111 е Ь 11'1 апб К. Аи81пап, Лечение фрамбезии пенициллином, стр. 84—91.

При лечении пенициллином патологические явления на коже быстро излечивались, положительная реакция Кана Не изменялась. Наблюдалось 17 случаев, 3 из которых описаны подробно. Впоследствии наблюдалось еще 25 случаев с теми же результатами. Пенициллин обычно вводился внутримышечно по 15 000 единиц через 4 часа днем и ночью в течение 5—6 дней.

М. М. С 1 о э 8 ш а п, Применение 81гез8-Ьгеакет (нарушители напряжения) при постановке несъемного мостовидного зубного протеза.

Описание техники постановки постоянного зубного протеза с подвижным соединением.

3. Н. Ьопи, Лечение пенициллином острой гонорреи, стр. 95—100.

Анализ результатов лечения 100 случаев. У 95 больных гонококки не обнаруживались в мазках через 8 часов после первой инъекции пенициллина. Через сутки после начала лечения культура гонококков не получалась ни у одного больного.

Е>. К. Р г а 11, Предложения по иммобилизации кисти руки, стр. 105—108, 5 рис.

П. Т и скег апс! А. Л. Т 1111 п е к а з I, Рентгеноскопическая служба юго-западной части Тихого океана, стр. 109—114, 6 рис.

Описание оборудования и некоторых технических процессов.

С. Н. Кеепе, Колостомии, стр. 115—117.

Описание подготовки к операции, техники операции и послеоперационного ухода на основании личных наблюдений около 40 случаев. .

Н. 3. Н о р к 1 п 8, Кеноскоп, стр. 118—120, 3 рис.

Описание устройства простого отражательного аппарата для проицирования на экран рисунков, фотографий, карт и пр.

Д-р мед. паук Л. М. Старокадомский

★

О 11 Е.Ч А Т К И

Напечатано: в № 1—*2* ,ВМЖ* за 1946 год	Следует читать:
стр. 6, 1 строка сверху и строевой, базой	и стройной базой
стр. *8,* 17 строка снизу ... практике активного метода	... практике консультативного метода

Напечатано: в№ 7—8 »ВМЖ“ за 1946 г.)	Следует читать:
стр. 33 в табл.кЗ Период оперативной паузы, период активных боевых действий — 16%	Период оперативной паузы—23% Период активных боевых действий—16%

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ

Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:

генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы) Н. Н. БУРДЕНКО. |
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ^
генерал-лейтенант медицинской службы С. С ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

12

ДЕКАБРЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ -1946 —МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Отв. редактоп /?. *И. Смирнов*

Из»а тся с 1823 г. Сдано в произвэдство 2о/Х1 1 46 г. Подпис. к печати Р/1 ’947г. А00823. Фо м. 71 Х [1] М й II. 4, . Уч-изд. л. 7 60. В 1 п. л. 6 '0 . зн.

Тираж РЯ'Ю эка Ига ' V"» За аз

13-я тип. треста «Лолш рафкпига» ОГИЗа при Совете министров СССР. Москва, Денисозский, 30

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИ ЧЕСКИ Е ВОПРОСЫ

Лауреат Сталинской премии
полковник мед. службы,Т. Я. АРЬЕВ

ПРОФИЛАКТИКА ОТМОРОЖЕНИЙ

Опыт Великой отечественной войны вновь подтвердил значение профилактики в борьбе с отморожениями в войсках.

Заключение Международной конференции санитарной службы союзников в 1918 г., что «превентивная, энергично применяемая и проверяемая терапия искореняет или сводит к минимуму случаи траншейной стопы», получило новое подтверждение. Мы не располагаем еще цифровыми данными о влиянии профилактических мероприятий, проводившихся командованием Красной Армии, в борьбе с отморожениями в годы войны, но это влияние отчетливо наблюдал из года в год каждый врач, солдат и офицер действующей армии.

Благодаря сочетанным усилиям командного состава и санитарной службы французской армии, направленным к предупреждению отморожений, число их во второй половине войны 1914—1918 гг. значительно сократилось (Шевалье, Миньон), хотя общее число отмороженных во французской армии составило 10% ко всем потерям (Миньон). Исключительный эффект имела работа по предупреждению отморожений в бельгийской армии (Вусен). Отсутствие отморожений у раненых японских солдат во время оккупации Маньчжурии японцами объясняется, по Такацу, правильно поставленной профилактикой. В германской армии во время первой мировой войны профилактическим мероприятиям в борьбе с отморожениями придавалось столь большое значение, что войсковые врачи должны были проводить исключительно профилактику их, предоставляя лечение врачам этапов эвакуации и тыловых госпиталей (О. Цуккеркандль). Таким образом, опыт первой и второй мировой войны вполне оправдал утверждение М. Гросмана, что «лучшее лечение отморожений — профилактика».

Опыт Советской Армии в Великой отечественной войне позволил выделить из числа профилактических средств главнейшие и одновременно показал, что без ясного представления о современном состоянии учения об отморожении невозможно организовать научно обоснованную борьбу с отморожениями.

Синдром отморожения возникает под действием внешней низкой температуры только в результате истощения естественной и нарушения искусственной терморегуляции. Из массового опыта известно, что человек в состоянии без вреда переносить очень низкие внешние температуры, благодаря искусственной терморегуляции, проводимой, в частности, посредством обуви и одежды. Таким образом, в конечном счете патологическое состояние определяет не внешняя температура, которая хорошо переносится изолированными клетками, а внутренняя (тканевая). Эпидермис и вообще эпителиальные клетки переносят оледенение (Асканази).

Сказанное известно также из практики местного обезболивания хлорэтилом. Однако тканевые системы и сложный механизм реагируют на холод иначе. Так, например, резкое расстройство кровообращения наступает (без одежды) уже при температуре 18—19° выше 0°

(Л. Френкель). Полное прекращение нервной возбудимости и проводимости происходит при температуре 7—8° (Боррюто). Жизнь теплокровного может прекратиться от длительного воздействия температуры в 15—20° выше 0°. Эти данные весьма поучительны. Они показывают, что, во-первых, смерть теплокровного наступает от охлаждения при условиях, исключающих оледенение; во вторых, при длительном понижении тканевой температуры ткани обречены на голодание вследствие расстройства кровообращения.

Таким образом, отморожение и замерзание могут наступать и наступают не только при морозе, но и во всякую погоду, когда внешняя температура ниже нормальной тканевой температуры человека и налицо условия, при которых нарушена естественная или искусственная терморегуляция и действуют так называемые факторы, способствующие отморожению. В результате действия этих факторов внешняя низкая температура вызывает понижение тканевой температуры, обусловливая симптомокомплекс отморожений.

Различаются четыре основные группы факторов, способствующих отморожению, каждая из которых подразделяется на подгруппы.

Первая группа — метеорологические факторы. Сюда относится прежде всего повышенная влажность (сырость) воздуха. Можно привести большое количество примеров, подтверждающих это. Так, например, Визнер весной 1915 г. в сырую и холодную погоду наблюдал 282 случая отморожений, а в зиму 1915/16 г. только 95. Миньон констатировал, что 5-й корпус французской армии, находившийся на глинистом сыром участке, имел 4 528 случаев отморожений, соседний 34-й корпус — 3 581, а расположенный на сухом участке 15-й корпус — только 2 004. Известно, что в Великую отечественную войну наибольшее количество отморожений было не на Крайнем Севере (Карельский фронт) и не в зимние месяцы, а на Донском фронте осенью и весной. Дрейер предлагает специальный термин «сыростная гангрена» (Маззе^ан^ген), а термин «траншейная стопа» переведен на все языки и упоминается в отчетах всех армий.

Учитывая сказанное, можно констатировать, что повышенная влажность, резко увеличивая теплопроводность покровов, весьма способствует падению тканевой температуры и, таким образом, является одним из главных факторов, способствующих наступлению отморожения. К группе метеорологических факторов относится также ветер и резкие колебания температуры.

Вторая группа — факторы, механически затрудняющие кровообращение конечностей. К ним относится затруднение кровообращения, обусловливаемое: а) тесной обувью (и обмотками) и б) тесной одеждой. Понижение тканевой температуры, происходящее здесь, обусловливается не увеличением теплопотери покровами, как в первой группе, а затруднением и прекращением доставки тепла системой артериальных сосудов.

Третья группа — факторы, понижающие общую сопротивляемость организма, — имеет в своем составе следующие подгруппы: а) ранения и кровопотери, б) острые инфекционные заболевания, в) истощение и утомление.

Четвертая группа — факторы, понижающие местную сопротивляемость тканей: а) ранее перенесенные отморожения, б) различные местные заболевания конечностей.

Нетрудно видеть, что обе последние группы способствуют наступлению отморожения, также нарушая условия естественной и искусственной терморегуляции и способствуя понижению тканевой температуры.

Для обоснования профилактических мероприятий необходимо учитывать также, что не менее 90—95% отморожений падает на нижние

конечности, 5—8% — на верхние, а остальные — на открытые части тела (ушные раковины, нос, лицо). При этом подавляющее большинство отморожений относится к пальцам, а отморожений, простирающихся выше голеностопного или лучезапястного сустава, практически не встречается. Отсюда вытекает, что в войсках следует предупреждать главным образом отморожения пальцев ног и рук.

Профилактические мероприятия по борьбе с отморожениями должны быть направлены на борьбу с указанными факторами, способствующими наступлению отморожений, с учетом того, что основным объектом профилактики являются пальцы ног и рук.

Система мероприятий может быть разделена на следующие группы.

1) группа организационных мероприятий, обеспечивающих порядок в подразделениях, при котором войска меньше всего страдают от действия внешней низкой температуры. Сюда относятся: а) санитарно-просветительная работа, б) организация полевых жилищ и траншей, в) организация питания;

2) группа мероприятий, обеспечивающих надлежащую гигиену обуви и одежды;

3) общегигиенические мероприятия (поддержание чистоты тела, закаливание).

В условиях Советской Армии имеет большое значение санитарно-просветительная работа, проводимая особенно широко в мирное время. Организованная медицинской службой войскового соединения, она проводится путем школьной и внешкольной (клубной) работы. Последняя состоит из бесед, демонстраций таблиц, муляжей и других наглядных пособий, рисующих, в частности, последствия неправильной и недостаточной подготовки к зимним, весенним и осенним боевым операциям и учениям. Беседы должны освещать вопросы личной гигиены, гигиены кожи ног, а также рассматривать правила ухода за обувью и одеждой.

Медицинская служба войсковых частей должна добиться, чтобы каждый солдат и младший офицер осознал возможность профилактики отморожения и в совершенстве овладел средствами ее. В сознание всех солдат и офицеров должна быть прочно внедрена мысль, что при правильной организации профилактических мероприятий можно полностью избежать отморожений или во всяком случае сократить число их до минимума.

Опыт Великой отечественной войны учит, что требования гигиены необходимо и возможно учитывать при постройке полевых жилищ в любых условиях. Настилка на пол окопов дров, хвороста, хвои и веток, устройство деревянного пола, решетчатых люков, отепление землянок, организация сушилок для обуви и одежды являются необходимыми мероприятиями, проводимыми командованием и медицинской службой при всех условиях. Все виды транспорта раненых должны быть отеплены, так как опасность отморожений при эвакуации раненых очень велика. Здесь надо учесть богатый военный опыт отепления автомашин, использовать меховые одеяла и химические грелки. Особо должна быть предусмотрена защита эвакуируемых больных и раненых от сырости (устройство брезентовых навесов, покрывал, снабжение непромокаемыми плащами и плащ-палатками).

Из опыта Отечественной войны известно, что всегда возможно и, конечно, обязательно организовать регулярное горячее питание бойцов, находящихся в траншеях. Трудно преувеличить значение этого мероприятия для предупреждения отморожений и общего охлаждения.

Обувь бойца дает наиболее существенную защиту от действия холода. Неудивительно, что в литературе о профилактике отморожений одно из центральных мест занимает вопрос о рациональной обуви. Имеется целый ряд предложений, направленных к улучшению войсковой обуви.

Так, например, Ц. Дрейер предложил сапоги с ремнями, позволяющими уменьшать или увеличивать объем сапога. Вольд и Штифлер сообщают, что сапоги в австро-венгерской армии были слишком низки, плохо закрывали ноги и пропускали воду; они же отмечают достоинства сапог русской армии. Сапоги бойца, которые он носит постоянно, должны быть хорошо подогнаны, не должны сжимать стопы (особенно в подъеме) ни при стоянии, ни при ходьбе. Между большим пальцем ноги и носком сапога должен оставаться небольшой зазор, легко прощупываемый с наружной поверхности сапога (Указания по предупреждению и лечению отморожений Главного военно-санитарного управления Красной Армии, 1942 г.). Сапог не должен быть непроницаемым для воздуха, так как отсутствие вентиляции способствует скоплению в сапоге пота, что весьма нежелательно и с точки зрения профилактики отморожений. В то же время сапоги должны быть непроницаемы для воды, для чего рекомендуется регулярно смазывать обувь снаружи салом. Для уменьшения теплопроводности можно надевать поверх сапог чехлы из соломы, войлока или специально сделанные боты из плохих проводников тепла (войлок). В траншеях, при затрудненном передвижении бойцов, весьма желательно ношение резиновых чехлов (калош) или резиновых сапог. Последние, однако, непригодны в походе вообще где бы то ни было, кроме траншей.

Превосходной зимней обувью оказались во время войны валенки. Эта идеальная при морозах обувь Советской Армии вызывала зависть солдат всех иных армий. Однако валенки становятся непригодными для носки в оттепель. При меняющейся погоде бывает необходима быстрая смена валеной обуви на кожаную, и наоборот. Опыт показывает, что при наличии батальонных и ротных складов той<и другой обуви **можно** производить смену обуви организованно; в противном случае солдаты должны второй вид обуви носить с собой.

Весьма важна своевременная сушка обуви и портянок. Для этого необходимо организовать специальные походные сушилки для белья и обуви, хотя бы простейшего типа. С. Стясный предлагает использовать для сушки полевые кухни. Это возможно только после предварительных действий, гарантирующих от попадания в пищу грязи и песка с сапог и портянок, подвергающихся сушке. Для сушки портянок можно использовать дезинфекционные камеры всех типов. **Сушку обу**ви нельзя производить, не снимая ее с ног. Это ведет в дальнейшем к образованию заскорузлых складок кожи сапога, к сдавливанию ног этими складками и к местным отморожениям, при действии факторов, механически затрудняющих кровообращение.

Очень важно почаще снимать обувь, портянки, чулки и мыть ноги хотя бы холодной водой. Несомненно, что богатая микрофлора кожи ног, в частности, грибковая, весьма способствует неблагоприятному течению отморожений. К числу народных профилактических средств относится обвертывание ног плохими проводниками тепла, **в** частности, бумагой. То же рекомендует Гросман, указывающий, что при обвертывании ног сухой бумагой прекращается потеря тепла лучеиспусканием. Флеркен советует для той же цели применять шелковую **бу**магу. Нейсбах подкладывал под чулки газетную бумагу и наблюдал при этом хороший профилактический эффект. Само собой разумеется, что для предупреждения отморожения можно пользоваться бумагой только при сухой обуви. Кроме того, следует иметь в виду, что чаще всего употребляемая из-за доступности газетная бумага легко **кро**шится, особенно при ходьбе.

Для предохранения ног от потери тепла их укутывают иногда двумя и более парами портянок, дополнительными чулками и другими шерстяными тканями. Однако на практике это часто ведет к обратным результатам: обувь может оказаться тесной и в таком случае способ-

ствует развитию отморожений. Это наблюдали Фридрих и Киршнер, это имело место и у нас. Указания но предунреждению и лечению отморожений Главного военно-санитарного управления Красной Армии 1942 г. предусматривают эти случаи. Из этого не следует, что обувь не следует утеплять стельками из войлока, шинельного сукна или даже из сена или соломы. Необходимо только, чтобы обувь была хорошо подогнана и не становилась тесной и затрудняющей кровообращение. Рекомендуется также обвертывать пальцы кусочком сукна, ваты, шерсти или надевать на пальцы специально сшитые чехлы. При этом надо помнить, что обязательным и основным условием при всех мероприятиях профилактики отморожений является свободное кровообращение кожи стопы.

При чрезмерной потливости ног опасность отморожения возрастает, поэтому следует установить причину потливости и лечить страдающего ею. Там, где это невозможно, надлежит бороться с потливостью симптоматически, особенно в те дни, когда погода способствует возникновению отморожений.

Для симптоматического лечения чрезмерной потливости Цумбуш предлагает смазывать кожу 10л/о формалином, Фридрих — посыпать ноги .тальком. В Указаниях по предупреждению и лечению отморожений рекомендуется при потливости ног смачивать портянки формалином. Если одновременно с потливостью имеется интертригинозная или сквамозная эпидермофития, следует смазывать стопу в течение недели вилькинсоновой мазью, смешанной в равном количестве с борным вазелином или цинковой мазью.

При потливости, осложненной потертостью, следует сначала лечить потертости.

В качестве профилактического средства против отморожений в гер' майской, английской (Баулби) и французской (Тюффье, Шевалье) армиях, а до зимы 1942/43 г. и в Красной Армии широко применялись различные жиры и мази — от простого говяжьего и рыбьего жира до сложных мазей, содержащих, в частности, легкие раздражители кожи (скипидар). Составители подобных рецептов имели в виду использование кожной гиперемии, вызываемой раздражителями. Специальные исследования, произведенные нами зимой 1940/41 г., показали, что подобные мази лишь ослабляют способность кожи к теплорегуляции и вызывают воспаление кожи, чем создаются благоприятные условия для наступления обморожения. Поэтому профилактическое обмазывание ног мазями и жирами было в Красной Армии совершенно прекращено, как не достигающее цели. Необходимо учесть также, что жир с течением времени разлагается на глицерин и жирные кислоты. Длительное действие последних способствует развитию дерматитов, опасность которых в условиях войны особенно реальна из-за невозможности достаточно часто смывать жир при мытье ног. Употребление в качестве профилактического средства против отморожения вазелина вообще не выдерживает критики, так как теплопроводность его близка к теплопроводности воды, и, таким образом, при смазывании ног вазелином опасность отморожения не уменьшается, а увеличивается.

Вследствие этого применение жиров и мазей в качестве профилактического средства против отморожения оставлено только для открытых частей тела, в частности, для лица, и то лишь в тех случаях, когда почему-либо не может быть использована предохранительная маска. Для такого смазывания наиболее пригодно говяжье или гусиное сало, несоленое, негорькое; его наносят толстым слоем и втирают в кожу.

Все сказанное, а также мероприятия по закаливанию войск и систематические поголовные медицинские осмотры с целью выявления начальных форм отморожений и заболеваний, способствующих им, относится ко всем родам войск и ко всем группам внутри их. Специальные

рода войск и некоторые категории военнослужащих требуют особых мер профилактики отморожений.

Лицо летчика нри высотных полетах и полетах зимой должно быть защищено маской. Мотоциклисты и кавалеристы также должны иметь импровизированные маски, особенно при ветреной погоде. Они должны быть снабжены шерстяными треугольниками для защиты половых органов. В сильные морозы стремена необходимо обвертывать кусками ткани. Снайперов, артиллерийских наблюдателей, бронебойщиков необходимо снабжать химическими грелками. Их одежда и обувь требуют дополнительного усовершенствования. Снайпер должен иметь не ботинки, а сапоги с войлочными или суконными стельками, пару шерстяного белья и носки, комплект ватного обмундирования и плащ-палатку. Особое внимание должно быть обращено на защиту от охлаждения коленных и локтевых суставов снайпера, подвергающихся опасности отморожения во время переползания.

Среди профилактических мероприятий, оформившихся как система в результате изучения опыта Отечественной войны, немалое место занимает предупредительное лечение. Энергичное согревание отмороженных участков, раннее удаление пузырей и ранняя хирургическая обработка в сочетании с ранней ампутацией и наложением швов способствуют уменьшению тяжести отморожений и скорейшему излечению. Принципиальные основы современного учения об отморожении нашли логическое развитие в системе профилактики и лечения отморожений, принятой в гражданском и военном здравоохранении СССР. Этой ти личной для советской науки непрерывной связью ее с практикой объясняются успехи советской медицины.

Майор мед. службы кандидат мед. наук Д. Н. ШОГАМ

О ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОМ ОБСЛУЖИВАНИИ КОНТУЖЕННЫХ В АРМЕЙСКОМ РАЙОНЕ[1]

(Из опыта боев за освобождение Советской Прибалтики в Великой отечественной войне)

Лечебно-эвакуационное обслуживание контуженных, несмотря па актуальность этого вопроса, еще не получило достаточного освещения в литературе.

По нашим данным (ППГ и ГБА Ы-ской армии 2-го Прибалтийского фронта), во время наступательной операции армии контуженные составляли от 0,5 до Г5% всех санитарных потерь. Резкое колебание количества контуженных в общем числе санитарных потерь происходило по многим причинам. Главная из них — характер наступательной операции.

Бои с «прогрызанием» и прорывом мощной, глубоко эшелонированной обороны противника, насыщенной артиллерийским и минометным огнем, авиацией, танками, давали наибольшие количества контуженных (12—15%).

Наоборот, в боях с преследованием противника, пытавшегося оторваться от наших наступавших частей, когда главную роль играет не плотность и мощность огня, а быстрота и стремительность движения войск, число контуженных невелико (0,5—1%).

Так, наибольшее количество контуженных в нашей армии было во время тяжелых наступательных боев в районе Ново-Сокольники — Нас-

[1] Печатается в порядке обсуждения.

ва, **в боях** за плацдарм на западном берегу р. Великая, в боях за **г.** Дагда, на подступах к г. Крустпилс, при форсировании р. Айви-эксте и, наконец, при попытках прорвать оборону и расчленить курляндскую группировку немцев в районах восточнее **и** юго-восточнее **г.** Тукумс (зима 1944/45 г.).

Наименьшее количество контуженных было во время боев с преследованием противника поспешно, нередко беспорядочно, отступавше**го** от г. Холм до Ново-Ржева, от г. Невель до г. Освея, от г. Штау-Нас до г. Дагда, от г. Дагда до г. Крустпилс, от р. Айви-эксте **до г.** Рига, от г. Добеле до г. Тукумс. На первом месте по количеству контузий стоят разведчики, на втором— пехотинцы, на третьем — танкисты, на четвертом—артиллеристы.

Определенное значение имеет выучка, боевая подготовка войск и то, что мы назвали бы «аффективно-шумовой» тренировкой. В боях за г. Освея, несмотря на очень тяжелые бои, количество контуженных составляло 2—3°/о. Оказалось, что здесь в боях участвовали войска, которые, находясь в обороне, проходили интенсивную боевую подготовку, проводили маневры «батальон, полк, дивизия — в наступлении». Во время этих маневров пехота шла во весь рост в 100 м от разрывов наших снарядов и мин, «поддерживалась» пулеметным огнем и на ходу вела интенсивный автоматно-ружейный огонь. Такая учеба, кроме общетактической боевой подготовки, повышает эмоциональную, аффективную устойчивость бойцов, подготовляет слуховой орган и слуховые центры к шумовой какофонии современного боя, которая может оглушить, вызвать аффектогенную, шоково-психогенную реакцию или состояние острого психического истощения, особенно у непривычных и реактивно-лабильных субъектов.

Эти соображения о значении «аффективно-шумовой» тренировки подтверждаются по нашему мнению тем, что у пехотинцев преобладают так называемые функциональные, а у танкистов и артиллеристов—органические формы контузий. Повидимому, танкисты и особенно артиллеристы более устойчивы, так как уже процесс приобретения ими профессиональных навыков обязательно сопровождается «аффективно-шумовой тренировкой».

Перечисленные факторы общеоперативно-тактического порядка влияют не только на общее количество, но и на качественный состав контуженных. В случаях, когда контуженные составляют 10—13% всех пораженных в боях, среди них преобладают в основном так называемые функциональные заболевания («акустический шок», аффектогенные, психогенные и астенические реакции и т. п.),в общем до 85% всех контуженных; наоборот, при малом числе контуженных (0,5—1%) преобладают органические формы («синдром завала» английских авторов, синдромы, обозначенные нами как асфиктические, множественные ушибы, закрытая травма внутренних органов, контузия мозга, баротравма, вибротраьма ЛОРорганов, контузия глазного яблока и т. п.), в общем до 65% всех контуженных.

Таким образом, учет общеоперативной обстановки, знание замыслов нашего командования, наличие сведений о противнике — весьма существенные предпосылки при составлении плана лечебно-эвакуационного обслуживания контуженных, причем не только в смысле выделения общего коечного фонда, но и в смысле предварительного определения объема лечебной помощи каждого этапа, распределения коечного фонда и составления общеармейской лечебно-эвакуационной схемы.

Однако главной трудностью в лечебно-эвакуационном обслуживании контуженных является отсутствие единства взглядов в понимании вопросов патогенеза, клиники и лечения патологических процессов, обозначаемых термином «контузия».

Большинство авторов были заняты дискуссией о сущности так называемого травматического невроза, о различии между коммоцией и контузией мозга, об органически-церебральной или психогенной, истерической или даже истеро-симулятивной природе этих состояний. Дискуссии шли также в направлении выяснения сущности баротравмы, детонации.

Производились' сложные лабораторные, биохимические, электротермические и прочие исследования. Однако и до сих пор ни в вопросах клиники и классификации, ни в вопросах патогенеза заболеваний и лечения контуженных нет определенности (следует оговориться относительно ЛОРгруппы контуженных, для которых существует тщательно разработанная классификация Воячека).

Создавшееся положение объясняется, по нашему мнению, следующими обстоятельствами: основная часть контуженных возвращается в строй в армейском районе (60—70%). Часть из них вообще не выбывает из строя, остальные после 10—20-дневного лечения в МСБ, ХППГ, ГЛР возвращаются в строй. В тыл эвакуируются больные или с осложнениями в виде аффективной фиксации, истерической трансформации симптомов, или контуженные с закрытой травмой черепа, у которых имеются клинические проявления сравнительно поздних стадий так называемой травматической болезни мозга (по Л. О. Смирнову). Таким образом, в тыловые учреждения, в которых в основном и разрабатывался вопрос, попадали главным образом пострадавшие с исходными состояниями различных форм контузии. Однако даже самый тщательный анализ исхода, без учета начальных картин и динамики процесса, не может дать оснований для нозологической классифи кации и предпосылок для изучения патогенеза.

Большинство авторов стремилось к клинико-патогенетической унификации контузий, в то время как контузия представляет собой групповое обозначение клинически и этиопатогенетически разнородных процессов.

В нашей армии с 1943 г. была введена предложенная нами классификация.

Мы исходили из следующих основных положений.

1. Контузия представляет собой групповое обозначение клинико-патогенетически разнородных состояний. Это — разновидность боевой травмы при разрывах снарядов, мин, вызывающей различные изменения со стороны органов и тканей, но без повреждения целости наружных покровов.

2. При взрыве снаряда, мины возникает ряд вредоносных факторов: а) механическое действие воздушной волны и «вторичных снарядов» (комья земли, материалы, из которых построены доты, дзоты и т. п.), б) баротравма, в) звуковая травма, г) все разновидности психотравм, вызывающие различные реакции (аффектогенные реакции, абортивные психозы, истерические реакции). Каждый из этих вредоносных факторов, в зависимости от интенсивности, экстенсивности и локализации, может вызвать много клинически и патогенетически различных болезненных процессов. Таким образом, контузия представляет собой общемедицинское, в определенном смысле санитарно-статистическое понятие, объединяющее большую группу различных нозологических форм.

В этом отношении понятие «контузия» аналогично понятиям «раненый», «больной» *. Применение термина «контузия» в качестве диагностического обозначения столь же неправомерно, как и применение терминов «больной», «раненый» в качестве диагнозов.

* На XIII юбилейной сессии Украинского психоневрологического института аналогичная точка зрения была высказана полковником мед. службы Тимофеевым.

3. Учитывая сказанное, следует считать, что контузия **не может** быть областью компетенции какой-либо одной отрасли медицины (нсихиатрии, неврологии, отоларингологии и т. н.). Контузии — области компетенции многих военно-медицинских наук.

4. Мы в своей классификации попытались выделить и дать клинико-нозологическую формулировку тем состояниям, которые не могут быть отнесены ни в группу церебрально-органических, ни в группу психогенных форм контузий. К этой категории, во-первых, относятся так называемые ЛОРконтузии (главным образом баротравма, вибротравма и акутравма слухового аппарата), во-вторых,— группа так называемых хирургических контузий (множественные ушибы, дисторзии, гемартрозы, иногда закрытые переломы, главным образом ребер с гемолневмотораксом и пр.), в-третьих,— «синдром завала» английских авторов (шокоподобное состояние, вызванное значительной потерей плазмы крови, сгущением крови в результате инфильтрации плазмой обширных участков ушибленной ткани), в-четвертых, — выделенные нами асфиктические синдромы (результат асфиксии из-за недостатка воздуха в обвалившихся блиндажах, окопах или из-за сдавления грудной клетки с нарушением дыхания); в-пятых, — состояния акустического шока, развивающиеся вследствие перевозбуждения слуховых центров коры и иррадиации возникающего в слуховой сфере запредельного торможения на другие центры центральной нервной системы; в-шестых,— состояния острого общего истощения, возникающие в результате чрезмерного физического и психического перенапряжения (бессонница, большие переходы, «какофония» современного боя и т. п.). И, наконец, в-седьмых, — так называемые офталмоконтузии, нередко трактуемые как «истерическая слепота» и даже симуляция, в основе которых лежат органические изменения, вплоть до травматической отслойки сетчатой оболочки глаз.

Следует отметить, что военно-полевые терапевты и военно-полевые хирурги уделяли мало внимания изучению контузии и нередко без достаточных оснований расценивали жалобы контуженного как результат нервно-психических изменений. С другой стороны, психиатры и невропатологи, по нашему мнению, расширенно трактовали так называемые коммоции и контузии мозга, психогении и «военную истерию». Следует отметить, что симптоматика исходных, реконвалесцентных стадий «синдрома завала», асфиктического синдрома, акустического шока и др. без достаточного учета данных анамнеза и объективного изучения инициальных картин могут быть легко истолкованы как посткоммоционные или психогенные состояния, причем соматические нарушения трактуются как вторичные, цереброгенные, висцеро-эндокринные сдвиги или как функциональные, истерические наслоения.

Не останавливаясь более на вопросах классификации, отметим, **что** в большинстве случаев у контуженных имеют место явления значительного истощения центральной нервной системы с тенденцией к развитию запредельного торможения. Эта тенденция часто выражается **в** развитии частично застойного торможения в речевой и слуховой, реже в зрительной и двигательной сферах.

Применение в начальных стадиях эфирного или хлорэтилового рауша, снимая внешние симптомы, вызывая растормаживание, не снимает, а, наоборот, усиливает истощение центральной нервной системы и, таким образом, создает предпосылки для тяжелых рецидивов и осложнений.

Мы в своей лечебной практике отказались от применения рауша в ранних стадиях и, наоборот, стремились к усилению тенденции к защитному торможению путем лечения «охранительным торможением» (Протопопов). Уже начиная с ПМП, контуженные получали мединал 'иногда при отсутствии мединала веронал), в общей сложности

1—1,5 г в сутки (по 0,5 г с горячим чаем на прием). В некоторых случаях (аффектогенные реакции с гиперкинезами и речевым возбуждением, острый психогенный делирий, психогенный ступор и т. п.) мы видели хорошие результаты от применения смеси Попова (люминал с алкоголем).

В зимне-весенних наступательных операциях 1945 г. нам удалось полностью провести систему лечения «охранительным торможением», начиная с ПМП. Из МСБ все контуженные сразу поступали в «контузионное отделение» ГЛР и получали там снотворные в течение 7—12 дней. В результате 95% контуженных были возвращены в строй после 15—20-дневного лечения и лишь в 5% случаев лечение затянулось (главным образом случаи отита после баротравмы, случаи травматического диэнцефалеза и др.; часть контуженных выздоровела после 40—45-дневного лечения, часть эвакуирована в тыл).

«Охранительная терапия», конечно, не универсальное средство. Однако, учитывая своеобразие контингента контуженных в армейском районе (акустический шок, острые аффектогенные расстройства, состояния острой астении и т. п.), учитывая, что элемент истощения играет существенную роль в генезе большинства контузий в остром периоде, что «охранительная» терапия является наиболее щадящей, следует считать эту систему терапии основной, обязательной для армейского района. Конечно, необходимо индивидуализировать лечение в соответствии с патогенезом различных форм (искусственное дыхание при удушье в обвалившихся блиндажах, гемотрансфузии дробными дозами при «синдроме завала», хлористый кальций при травмах грудной клетки с кровотечениями, внутривенное введение глюкозы при выраженной астении и т. д.).

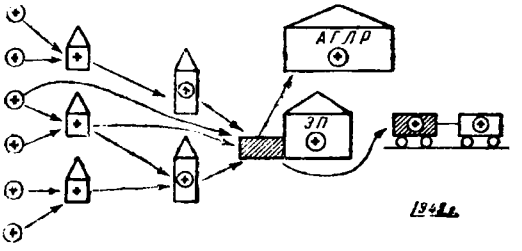
Система лечения «охранительным торможением» оказывается весьма эффективной лишь в свежих случаях контузий, когда со времени травмы прошло не больше 24 часов. Уже со вторых суток начинают действовать механизмы фиксации или истерической трансформации симптомов.

По нашим наблюдениям, достаточно в среднем 7 дней для снятия явлений истощения при условии правильного (начиная с ПМП, в первые часы после травмы) лечения охранительным торможением. В случаях с истерической трансформацией после тщательного неврологического обследования по истечении 7 дней мы считали возможным применение рауша для ликвидации очагов «застойного торможения» и общей функциональной перестройки центральной нервной системы.

Следует полностью согласиться с Тимофеевым, который утверждает, что правильное, своевременное, квалифицированное лечение контуженных так же необходимо, как и правильная и своевременная хирургическая обработка ран. Однако успех лечения контуженных в войсковом и армейском районе, так же как и успех лечения раненых, во многом зависит не только от чисто медицинских моментов, но и от характера построения лечебно-эвакуационной схемы, системы сортировки, эвакуации по назначению, от четкости определения объема лечебной помощи на каждом этапе эвакуации.

В нашей армии в начале 1942 г. не было организованной психоневрологической службы. Контуженные в общем потоке раненых поступали из МСБ в ППГ 1-го эшелона ГБА, затем в ППГ 2-го эшелона, оттуда в ЭП, который выполнял роль и СЭГ и ЭП, оттуда, частью без достаточного отбора, в ГЛР, а в основном — на временные санитарные летучки и во фронтовой тыл. В этих условиях мы сочли рациональным при ЭП организовать психоневрологическое сортировочно-эвакуационное отделение, выделить специальные «психоневрологические» вагоны во временных санитарных летучках (схема 1). В конце 1942 г., в 1943 г. функция сортировки контуженных перешла к специализирован-

ному ХППГ («голова»). Организованы были психоневрологические отделения при ГЛР и при ТППГ. В ТППГ направлялись тяжелые, нетранспортабельные, диагностически трудные больные и больные, нуждавшиеся в консультации терапевта (асфиктический синдром, больные



Условные обозначения

, пнтузионные'отбойная ПОГ, ГЛР,8СЛ

вс л

Схема 1

с выраженными вазомоторными, висцеро-эндокринными сдвигами). Кроме сортировки, в специализированном госпитале всех контуженных обследовали невропатолог, отиатр, а в ряде случаев и окулист.

Однако при большом наплыве раненых, когда весь личный состав спецгрупп находился круглосуточно в операционных, контуженных обследовали плохо, на ходу. Кроме того, контуженные нарушали ритм работы операционно-перевязочных блоков, что значительно снижало темп и качество обслуживания нейрохирургических, ЛОР-офталмологических и челюстно-лицевых раненых (схема 2). В весенне-летних на-

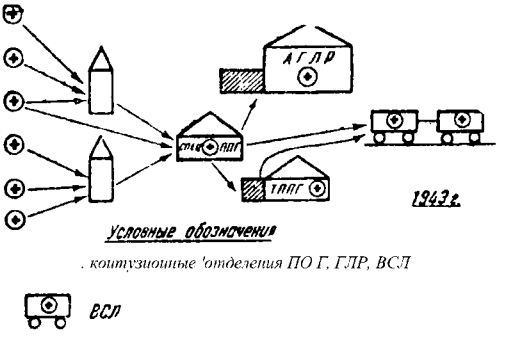


Схема 2

■ступательных операциях, чтобы улучшить' работу специализированного ХППГ («голова»), мы несколько изменили схему лечебно-эвакуационного обслуживания контуженных. Из МСБ и ХППГ 1-го эшелона ГБА контуженных направляли непосредственно в «контузионные» отделения АГЛР, ТППГ и СЭГ. Такая схема требовала, во-первых, большой подготовительной работы — обучения войсковых врачей, врачей МСБ и ХППГ основам диагностики и сортировки контузий, во-вторых, обеспечения АГЛР, ТППГ и СЭГ специалистами — психоневрологами и ото-ларингологами (схема 3).

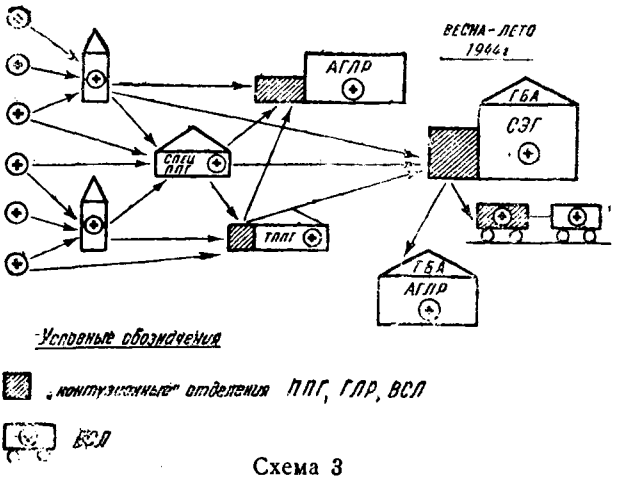


Схема 3

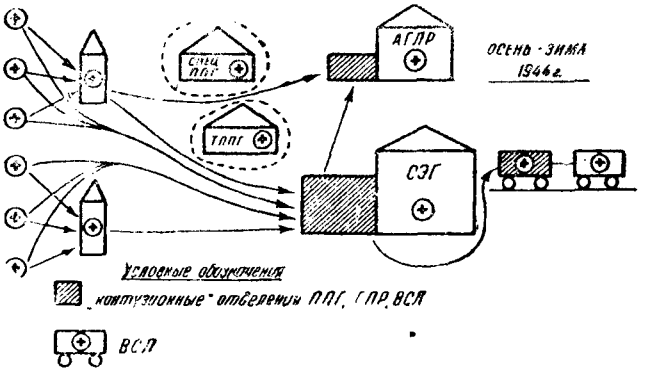


Схема 4

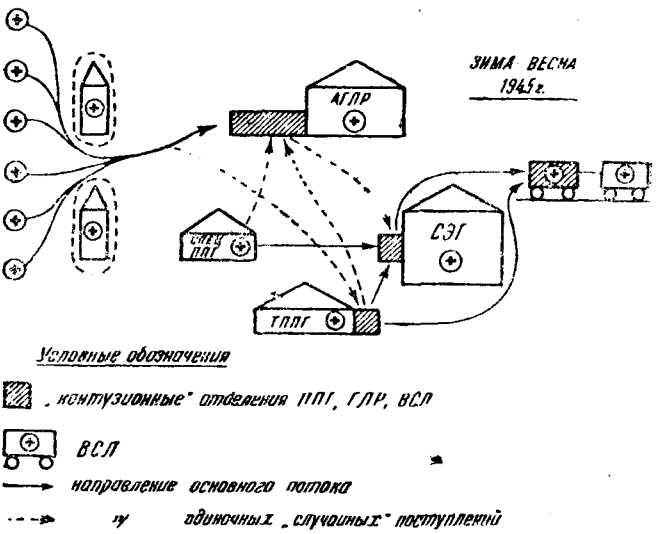


Схема 5

В осенне-зимней наступательной операции 1944 г. нам удалось полностью исключить этапы: специализированный госпиталь и ТППГ — и таким образом улучшить систему эвакуации контуженных по назначению (схема 4).

В зимне-весенних боях 1945 г. вследствие того, что АГЛР был выдвинут вперед, на расстояние 3—3,5 км от переднего края, возникла возможность полностью ликвидировать промежуточные этапы; на базе 4-го отделения АГЛР, из которого все больные были предварительно эвакуированы в ТППГ, мы развернули «контузионное» отделение на несколько сот коек. Отделение имело специалистов — невропатолога, отиатра и психиатра. Из всех перечисленных выше схем наиболее приемлемой оказалась последняя (схема 5). Однако развертывание «контузионного» отделения на базе АГЛР требует большой предварительной работы и, следовательно, возможно лишь в условиях длительной подготовки к наступлению, в периоды длительного межбоевого затишья. Мы пришли к убеждению, что в армии военного времени необходимо иметь два специальных госпиталя для контуженных на 200 коек каждый, со специальными штатами и оснащением. Психиатр, невропатолог, отиатр, терапевт должны обязательно входить в состав такого госпиталя.

★

Капитан мед. службы М. С. НАМИЧЕЙШВИЛИ

К ВОПРОСУ О НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ СУЛЬФАМИДОТЕРАПИИ [1]

В современной венерологии лучшими лечебными средствами при гонорее считаются химиотерапевтические (сульфамидные) препараты. К сожалению, один лишь химиотерапевтический способ лечения не всегда дает окончательное излечение болезни.

Многочисленные наблюдения и научно обоснованные выводы советских и зарубежных ученых, убедительно показывают, что сульфамидные препараты даже при их применении в клинических условиях при острой мужской гонорее дают эффект в 45—80% случаев. При подострой и хронической или же неудачно леченной гонорее эффект от сульфамидных препаратов гораздо ниже и в таких случаях требуется энергичная комплексная терапия.

По данным проф. Порудоминского, при остром переднем гонорройном уретрите белый стрептоцид дает излечение в 65%, стрептоцид + вакцина в 70%, сульфидин в 87% случаев. По данным проф. Дмитриева, излечение сульфидином наблюдается в 88—90% случаев. Кумал на 213 случаев гонорреи наблюдал неудачу в 32 случаях, а в 19 случаях потребовалось местное лечение. По наблюдениям Болд и Зуберт 17% больных страдают сульфамидо-резистентной гонорреей. Нагель указывает, что альбуцид при одном курсе дает излечение (при остром гонорройном уретрите) в 84%, при двух курсах в 90%. По Лоос, альбуцидом излечивается 63% одним курсом и 81% двумя курсами (острый передний гонорройный уретрит при даче на курс 30,0—35,0 г). По клиническим наблюдениям Маринковича, белый стрептоцид дает излечение острого переднего гонорройного уретрита в 34%, улирон — в 56%. Гамильтон сообщает, что из 100 больных острой гонорреей одним курсом улирона он излечил 35 (35%), двумя курсами еще 35, получив успех в общем в 70% случаев.

При лечении только сульфамидными препаратами из каждых 100 больных острой гонорреей 18—20 остаются неизлеченными и требуют дополнительного лечения. Если же лечение проводится некомпе-

[1] Печатается в порядке обсуждения.

тентными врачами или самими больными, число неудачных случаев значительно увеличивается. У громадного большинства больных, обращающихся но поводу хронической гонорреи, применялось неправильное и недостаточное лечение гонорреи сульфидином. Этому способствует поверхностный подход некоторых врачей к даче сульфидина и особенно к оценке результатов. Дача «по схеме» отнюдь не гарантирует излечения гонорреи. Огромное значение имеют биологические особенности и сопротивляемость организма. Главное: не довольствоваться фиктивным «излечением», не считать его стойким, не выпускать больного из поля зрения.

По данным Уитби и Дюреля, уже спустя 4 часа после приема сульфидина внутрь имеется максимальная концентрация препарата в крови. По наблюдениям проф. Заиграева «после приема сульфидина гонококки из уретры исчезают довольно быстро, обычно уже спустя 24—72 часа обнаружить их не удается». Этот поразительный, но поверхностный эффект зачастую вводит в заблуждение не только больных, но и врачей.

Считая себя излеченными, больные приступают к обычной жизни и забывают о своей болезни, пока она сама не напомнит о себе. «Сульфамидные препараты парализуют размножение микробов, а после прекращения действия сульфамидов микробы вновь могут воспрянуть и повести к новой вспышке заболевания. Зная об этом, мы уже а рпог! должны ждать частых рецидивов заболевания» (проф. Ратнер).

Ослабленная сульфидином инфекция постепенно снова усиливается, становится сульфидиноустойчивой и процесс принимает хроническое течение. Таким образом, неправильное или недостаточное лечение сульфидином обусловливает появление большого количества случаев хронической гонорреи.

Анализируя наш материал по гоноррее, собранный в М-ском госпитале, мы вынуждены констатировать увеличение количества больных хронической гонорреей, поступивших в госпиталь, что мы объясняем поверхностным подходом к химиотерапии, отсутствием основательной проверки после лечения и слепой доверчивостью к сульфидину.

К решению вопроса, лечить ли данного больного только сульфидином, мы должны подходить чрезвычайно осторожно и вдумчиво. До решения вопроса мы должны тщательным опросом и клиническим исследованием точно выяснить: 1) какой давности гоноррея (3—5 дней или более), 2) имеется ли в данном случае точно установленный передний гонорройный уретрит, 3) является ли заболевание первичным, 4) не было ли инкубационного периода долее 3 суток, 5) не лечился ли больной до обращения к нам, 6) какова способность сопротивления организма (лейкоцитоз должен быть не менее 11000—12 000). Рассчитывать на эффективность сульфидинотерапии можно только при наличии благоприятных условий, и в таком случае мы должны обеспечить больного как способом приема, так и достаточным количеством препарата. Если из указанных выше условий имеется хотя бы одно неблагоприятное, можно с уверенностью сказать, что применение одной только химиотерапии лечебного эффекта не даст. Нарушением этих правил и объясняется увеличение по нашим данным количества больных хронической гонорреей.

Если количество этих больных, поступивших на излечение в наш госпиталь, за май принять за 100е/», то за июнь их поступило 115%, за июль 117%, за август 121,3%, за сентябрь 132%, за октябрь 142,5%.

Из числа всех поступивших за полгода больных имели хроническую гоноррею от одно- до двухмесячной давности 43,4%, от двух- до трехмесячной давности — 30,3%, от трех- до шестимесячной давности — 16,5%, свыше шестимесячной давности — 9,8%.

Почти все больные до поступления в госпиталь лечились у врачей или сами принимали тот или другой препарат сульфамидной груп-

пы в разных количествах; так, принимали 15 г 8,4%, 17 г—8,8%, 10 г — 9,1%, 20 г — 8,3%, от 20 до 35 г — 4,1%, неизвестное количество — 56,5%, не принимали вовсе 4,8%.

Больные, принявшие неизвестное количество сульфидина, не обращались к врачу, но лечились сами сульфидином или стрептоцидом, принимая препарат по своему усмотрению.

Большинство больных указывает, что после такого «лечения» они замечали скудное серозное выделение по утрам; другие же (около 28%) не имели никаких выделений вплоть до обострения процесса.

Почти у 75% больных обострение наступило после потребления алкоголя; 20% не могли назвать причину обострения, у 4—5% больных не исключена возможность реинфекции или суперинфекции.

Изучение и анализ нашего материала дают основание полагать, что при огульном и беспорядочном лечении сульфидином гоноррея лишь залечивается, иногда же (примерно в 18—20%) применение сульфидина даже с соблюдением всех требований не приводит к желаемому результату и создает базу для роста хронической гонорреи.

Выводы

1. Следует категорически отказаться от лечения гонорреи только сульфамидами, за исключением отдельных случаев острого переднего гонорройного уретрита, когда врач заранее уверен, что в данном конкретном случае сульфидин даст эффект.
2. Во всех случаях острой гонорреи (как правило) необходимо проводить комбинированное лечение местной терапией и химиотерапией, стремясь добиться ликвидации процесса одним курсом.
3. В случае неудачного лечения острой гонорреи сульфидином, а также при низкой сопротивляемости организма (отсутствие лейкоцитоза при остром гонорройном уретрите) в комбинированную терапию обязательно включать иммунотерапию (вакцина) или раздражающую терапию (олебинтин 40%, молоко).

Майор мед. службы В. А. ИГОШИН

ОПЫТ НРОВЕДЕНИЯ УПЛОТНЕННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА

Уплотненный метод лечения сифилиса мы стали применять с 15 июня 1945 г. Всего лечено этим методом 296 из 309 больных, прошедших через сифилитическое отделение нашего госпиталя.

Мы работали со следующими препаратами: мафарсеном серии У Д7997А, эварсаном серии 05488—1943 г., биохинолом, 10% дерматолом. Препараты применялись в следующей дозировке: мафарсен — 0,015 г на день, на курс — 0,6 г; эварсан — 0,15 г. на день, на курс — 6 г; биохинол—1,25 г на день, на курс — 50 г; 10% дерматол — 0,75 г на день, на курс — 30 г.

В последнее время в соответствии с указаниями Главного военно-медицинского управления ВС СССР мафарсен мы применяли в общей дозировке за 42-дневный курс 0,7 г, т. е. 0,016 г на день по рекомендованной примерной схеме.

Энергичное введение антисифилитических средств требует известной осторожности. Мы считали, что для лечения уплотненным методом необходимо тщательно отбирать больных.

Наши больные до начала вливаний нренаратов мышьяка проходили полное обследование: проводилась рентгеноскопия органов грудной клетки, производились общий анализ мочи, исследование крови на билирубин и другие исследования. В необходимых случаях мы были обеспечены консультацией терапевтов и других специалистов. Но все это ни в какой степени не отсрочивало начала лечения мышьяковистыми препаратами.

Пока нет указаний, в каких случаях следует отказываться от уплотненного метода и в каких его можно применять безбоязненно. Мы имеем в виду некоторые нарушения в различных органах, не являющиеся основанием для отказа от применения препарата мышьяка, но при которых уплотненный метод может вызвать осложнения.

Мы отказались применить уплотненную терапию у 13 больных из 309, т. е. в 4,2% случаев.

Поводом к этому послужили следующие причины: 1) общее недоразвитие организма при общей слабости (врожденный сифилис) — 1 случай; 2) перенесенная год назад желтуха неясной этиологии при отсутствии желчи в моче и отрицательных реакциях в крови по ван ден Бергу — 6 случаев; 3) нерезко выраженный артериосклероз и гипертония средней степени — 1 случай; 4) компенсированный порок сердца — 2 случая; 5) ангионевроз — 1 случай; 6) перенесенный год назад нефрозо-нефрит без клинической патологии в данное время — 1 случай.

Наблюдения за этими больными подтвердили правильность нашего решения, так как и при обычной дозировке антисифилитических средств, у некоторых из них нарушался ритм лечения. Так, больной с общим недоразвитием (наследственный сифилис) дозировку мафарсена 0,01 г на день переносил тяжело: головные боли после вливания, слабость (эритро- и лейкопоэз во время лечения не ухудшался). Пришлось перейти на внутримышечные инъекции миарсенола, которые больной переносил вполне нормально.

Один из больных второй группы (желтуха в анамнезе) перенес впоследствии сальварсанную желтуху.

Больной с ангионеврозом дал нитроидную кризу на седьмом вливании, и в дальнейшем лечение мышьяком велось с одновременным вливанием 10% хлористого кальция.

Больной с нефрозо-нефритом в анамнезе при дозировке мафарсена 0,01 г на день (разовая дозировка 0,004 г) давал перемежающуюся альбуминурию. Пришлось перейти на миарсенол, который не вызывал альбуминурии.

Эти наблюдения убеждают нас в необходимости предварительного отбора больных для уплотненной терапии.

На основании приведенных данных нет возможности указать процессы, при которых необходимо отказываться от уплотненного метода лечения сифилиса.

Мы хотим лишь подчеркнуть, что не токсичность сальварсанных препаратов, а состояние организма в целом и его отдельных органов, в частности, печени, играют решающую роль в наступающих осложнениях. Вот почему при уплотненной терапии безусловно необходимо предварительное подробное обследование больного.

В части случаев приходится прекращать уплотненную терапию по различным причинам.

Из 309 больных, поступивших на стационарное лечение, по уплотненному методу лечилось 296 человек.

В процессе лечения у 4 человек (1,4%) мышьяковистая терапия была прекращена: у одного больного развился сальварсанный дерматит и у 3 — сальварсанная желтуха. Кроме того, ритм уплотненной терапии был нарушен у 31 человека (10,5%): у 23 — вследствие интеркур-

рентных ваболеваний (гринн, ангина, желудочно-кишечные заболевания), у одного—вследствие экстренных хирургических заболеваний и у 7 — из-за неудовлетворительной нереносимости препаратов мышьяка.

Таблица 1

Группа больных	Диагноз	Количество больных
1	Сифилис I серонегативный	75
11	Сифилис I серопозитивный	103
III	Смешанный шанкр серонегативный	2
IV	Смешанный шанкр серопозитивный	11
V	Сифилис 11 свежий.....	19
VI	Сифилис II рецидивный ..... •	35
VII	Сифилис 11 скрытый.....	51
	Всего . . .	296

Таким образом, уплотненная терапия была полностью проведена у 261 человека, т. е. в 88,2е/# случаев по отношению к начавшим лечение больным.

Во все время проведения мощной мышьяковисто-висмутовой терапии требуется наблюдение за функцией важнейших внутренних органов, особенно печени, почек, сердечно-сосудистой системы и органов кроветворения.

У нас было признано за правило исследовать кровь на билирубин по ван ден Бергу перед началом мышьяковистой терапии и в процессе лечения исследовать мочу перед каждым вливанием, взвешивать больных каждые 7 дней, исследовать кровь на гемоглобин и РОЭ, а в показанных случаях и на лейкоцитарную формулу и др., ежедневно обследовать общее состояние больного.

Критерием эффективности уплотненной терапии при свежих формах сифилиса может служить динамика серологических исследований. Относительное значение имеют также наблюдения над исчезновением спирохет из первичной сифиломы и время исчезновения активных проявлений сифилиса.

Больные первой группы с сифилисом I в серонегативном периоде проходили серологическое обследование до и после курса лечения. Из них 15 человек были под наблюдением при втором курсе и 9 человек прошли третий курс лечения.

Результаты серологических данных показаны в табл. 2.

Таблица 2

	Перед началом лечения	После первого курса	
	отрицательная	отрицательная	слабо положительная
Серологические реакции Вассермана и цитохолевая	75	71	4
В процентах	100	94,7	5,3

Таким образом, в 5,3°/о случаев у больных с первичной сифиломой в негативном периоде перед лечением после первого курса лечения мы наблюдали переход отрицательных реакций в слабо положительные. Эти же больные провели у нас второй и третий курсы, причем перед вторым курсом у них серологические реакции снова были слабо положительными.

Изменения серологических реакций у 15 больных, поступивших к нам на второй курс, представлены в табл. 3.

Таблица 3

	Перед вторым курсом		После второго курса	
	отрицательная	слабо положительная	отрицательная	слабо положительная
Серологические реакции	*11*	4	14	1
В процентах.....	73,4	26,6	93,4	6,6

Об изменениях серологических реакций у 9 больных, прошедших третий курс, можно судить по табл. 4.

Таблица 4

	Перед третьим курсом		После третьего курса	
	отрицательная	слабо положительная	отрицательная	слабо положительная^
Серологические реакции	8	1	9	0
В процентах	88,9	11,1	100	—

Колебания серологических реакций между отрицательной и слабо положительной фазами наблюдались у 4 больных, в анамнезе которых имелась хроническая малярия.

У больных второй группы (сифилис I серопозитивный) мы наблюдали следующие серологические изменения (табл. 5).

Таблица 5

	До лечения			После первого курса			
	слабо положительная	положительная	резко положительная	отрицательная	[illegible]	положительная	резко положительная
Серологические реакции	69	11	23	17	66	9	11
В процентах	67	10,7	22,3	16,5	64,1	8,7	10,7

Из этой группы больных 19 человек мы наблюдали на втором кур се. Изменения у них показаны в табл. 6.

Таблица 6

	Перед вторым курсом				После второго курса			
	отрицательная	[illegible]	положительная	резко положительная	1 отрицательная 1	слабо положительная	положительная	резко положительная
Серологические реакции . . .	9	**6**	2	2	12	6	1	0
В процентах	47,4	31,6	10,5	10,5	63,1	31,6	5,3	—

Здесь мы наблюдаем после первого и второго курса уплотпеппого лечения значительный сдвиг в серологических реакциях в сторону ослабления и переход их в отрицательные.

Далее, интересны серологические изменения у больных пятой группы (сифилис II свежий). После первого курса у них наступили следующие изменения (табл. 7).

Таблица 7

	Перед лечением		После первого курса			
	положительная	резко положительная	отрицательная	слабо положительная	ПОЛОЖИ тельная	резко положительная
Серологические реакции	6	13	2	**9**	**7**	1
В процентах	31,6	68,4	10,5	47,4	36,8	5,3

Таким образом, у данной группы больных можно отметить резкий сдвиг положительных и резко положительных серологических реакций в сторону их ослабления и перехода в отрицательные.

Более устойчивые серологические реакции были у больных шестой группы — с рецидивным вторичным сифилисом. Сдвиги в сторону ослабления реакции у них наблюдались не так отчетливо и ясно.

Остальные группы больных не представляют в этом отношении ничего характерного.

У двух больных, поступивших с первичной сифиломой в серонегативном периоде, реакции к третьему курсу перешли в положительные.

Анализ этих случаев дает основание предполагать, что причиной этих изменений явилось употребление больными в перерывах между лечением спиртных напитков. Это обстоятельство могло послужить толчком к изменениям, которые выразились в более интимных отношениях спирохет к клеткам организма, вследствие его ослабления.

Но это не может, разумеется, снижать ценности уплотненного метода лечения сифилиса. Вполне ясно, что ближайшие результаты уплотненной терапии при свежих формах сифилиса весьма эффективны.

Заразные проявления первичного и вторичного сифилиса в результате уплотненной специфической терапии быстрее поддаются санации. Этому можно привести ряд доказательств.

Бледная спирохета быстрее исчезает с поверхности первичной сифиломы, быстрее происходит эпителизация, рубцевание первичной язвы. Правда, при анализе этих данных мы сталкиваемся и с другими вопросами: чистотой язвы, ее глубиной, размерами по поверхности, актив-

ностью вторичной инфекции. В зависимости от этих особенностей сроки заживления тоже могут колебаться, но нри равных условиях преимущество уплотненной терапии перед специфическим лечением обычными дозировками вполне доказуемо.

Приводим табл. 8, характеризующую это положение.

Таблица 8

Сроки заживления первичной сифиломы		Дни лечения											
		9	10	11	12	13	14	15	16	18	20	21	Всего
Уплотненный метод лечения	Количество больных . . .	35	45	63	42	58	18	—	—	—	—	—	261
	В процентах.	13,4	17	24	16	22,3	7,3						100
Обычная специфическая терапия	Количество больных . . .	—	—	1	3	5	10	8	10	3	1	1	42
	В процентах.			2,3	7,1	11,9	24	19	24	7,1	2.3	2,3	100

При сравнении данных видно, что сроки эпителизации первичной сифиломы при уплотненной терапии колеблются между 9 и 14 днями, причем наибольший процент заживления падает на 11-й день. При обычной специфической терапии сроки заживления колеблются между 11 и 21 днями, а наибольший процент заживлений относится к 14—16 дням. То же можно сказать и в отношении санации активных наружных проявлений во втором периоде сифилиса.

Критерием переносимости уплотненной специфической терапии могут служить: 1) ближайшие скоропроходящие явления после вливаний препаратов мышьяка (тошнота, рвота, головные боли и температурные реакции) и 2) осложнения от данной терапии.

На 3 000 внутривенных вливаний мышьяковистых препаратов (преимущественно мафарсена) мы наблюдали тошноту в 8,7% случаев, рвоту в 6,1%, головные боли в 7,8% случаев.

Эти явления легкой интоксикации были эфемерными. Они наблюдались у разных больных в разные сроки курсового лечения, были скоропроходящими, неотягчающими симптомами. У 7 больных (из 261) тошнота, рвота и головная боль были постоянными спутниками мышьяковистой терапии. Различные препараты (мафарсен, эварсан, миарсенол) давали одинаковую картину. Десенсибилизирующая терапия (внутривенные вливания хлористого кальция) не снимала этих явлений. Снижение суточной дозировки также не смягчало их. Мы отнесли эти случаи к непереносимости препаратов мышьяка.

Температурная реакция после первого вливания мафарсена или эварсана отмечена у 11,4% больных, после второго вливания — у 2,4%. И только у двух больных каждое вливание сопровождалось повышением температуры до 37,9—38,7°. После замены внутривенных вливаний миарсенолом температурные реакции у них прекратились.

Температурные реакции наступали через 2—3 часа после вливания и держались от 6 до 14 часов. Эти реакции относились главным образом к больным с серопозитивным первичным сифилисом и, как правило, наступали у больных со вторичным свежим сифилисом.

Мы наблюдали следующие осложнения.

1. При уплотненной терапии сифилиса: 1) сальварсанный дерматит с благоприятным исходом у одного больного (0,4%); 2) сальварсанная желтуха с благоприятным исходом у 3 больных (1,2%); 3) нитроидная криза у одного больного (0,4%); 4) висмутовый стоматит средней степени у 16 больных (6,1%).

2. При обычной специфической терапии (42 больных): 1) сальварсанная желтуха с благоприятным исходом у одного больного (2,4%); 2) нитроидная криза у одного больного (2,4%); 3) висмутовый и ртутный стоматиты средней тяжести у одного больного (2,4%).

Сравнивая эти данные и учитывая небольшое количество больных (42), которые прошли под нашим наблюдением обычную специфическую терапию, можно отметить, что при уплотненной терапии чаще наблюдаются стоматиты, количество остальных осложнений не увеличивается.

Выводы

1. Эффективность уплотненного метода лечения свежих форм сифилиса, несомненно, высока.
2. При уплотненном методе лечения сифилиса количество осложнений не увеличивается по сравнению с обычной специфической терапией. Этот метод больные переносят хорошо.
3. Уплотненный метод лечения сифилиса (при свежих формах заболевания) следует предпочесть обычной специфической терапии.
4. Для лечения сифилиса уплотненным методом необходимо тщательно отбирать больных с хорошим общим состоянием и хорошим состоянием важнейших органов.

Ъ

Майор мед. службы Р. Х. БРАТКОВСКИЙ и А. С. КАНТОРОВИЧ

МИКРООПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА СУЛЬФАМИДОВ В КРОВИ

Лечебное действие сульфамидов проявляется только при известной концентрации их в крови. Эта концентрация должна все время поддерживаться на достаточно высоком уровне. В табл. 1 показано, в каких пределах следует поддерживать концентрацию в крови тех или иных сульфамидных препаратов для получения оптимального лечебного эффекта.

Таблица 1

Название препарата	Концентрация в миллиграммах на 100 мл крови	
	тяжелые заболевания	легкие заболевания
Сульфидин	7—10	4-6
Сульфазол	6-7	3—5
Сульфадиазин	10—15	6—10

Таким образом, определение количества сульфамидов в крови имеет большое практическое значение. Наиболее распространенным методом является колориметрическое определение по Бреттону и Маршаллу, основанное на цветной реакции, получаемой при действии нафтиламина на сульфамид. Однако при этом методе требуется относительно большое количество крови, поэтому часто производить исследования, особенно у тяжело больных, невозможно.

В 1945 г. Ля Роза (Ьа Коза) предложил метод определения сульфамидов индикаторными бумажками, пропитанными раствором пара-ди-

метиламидобензоалдегида. На такую бумажку наносят каплю исследуемой плазмы. В присутствии сульфамидов получается желтое окрашивание. Для сравнения служит такая же бумажка, на которую наносят каплю стандартного раствора сульфамида. Этот метод недостаточно точен, так как небольшие изменения концентрации сульфамидов не поддаются учету.

Для разработки метода микроопределения сульфамидов в крови мы использовали качественную цветную реакцию Дюреля (Оиге1), наблюдаемую при действии бета-нафтола на диазотированный сульфамид. Чувствительность реакции достаточно высока: 0,04 мг сульфидина в 10 мл раствора дают совершенно отчетливое окрашивание. Это позволяет брать для исследований небольшие количества крови (из укола в палец).

Реактивы и их приготовление

1)2% раствор бета-нафтола

20% спиртового раствора бета-нафтола..... 1 часть
20% раствора едкого натра..... 5частей
Дестиллированной воды..... 4 части

Реактив сохраняется не больше недели.

2) Диазореактив

1% раствор азотистокислого натрия (МаМОг)..... 1 часть
7% раствор соляной кислоты..... 1 часть

Реактив приготовляют ех 1ешроге и употребляют спустя 5 минут после пригото вления.

3) Искусственный стандартный раствор?

0,01 и 0,1 нормальные растворы двухромовокислого калия и 40% раствор азотнокислого кобальта смешивают в определенных объемах, указанных в табл. 2. Окраска стандартных растворов соответствует определенной концентрации сульфамидов.

Таблица 2

Сульфамиды мг/100 мл	0,01 норм. $K_2Cr_2O_7$ (в мл)	0,1 норм. $K_2Cr_2O_7$ (в мл)	40% $Co(MO_3)_2$ (в мл)	Дестиллированная вода (в мл)
0	2,0			
1 *	3,5	—	0,1	—
2	2,0		0,1	—
3	1,9	—	0,15	—
4	2,0	—	0,20	—
5	—	0,20	0,25	1.6
6	—	0,30	0,40	1,8
8	—	0,20	0,40	1,2
10	—	0,30	0,65	1.1
12	—.	0,30	0,90	1,0
14	—	0,30	1,50	1,5
16	_	0,30	1,90	1,o
18	—	0,30	2,00	0,5
20	—	0,20	2,00	0,2

Стандартные растворы наливают по 2 мл в небольшие пробирки (диаметром 9 мм, высотой 80 мм), прибавляют по одной капле 7'/о раствора соляной кислоты (для большей устойчивости раствора) и запаивают. Если пробирки сохранять в темном месте, окраска стандартных растворов не изменяется в течение неограниченного времени. Точность приготовления стандартных растворов можно проверить по растворам сульфидина, сульфазола и сульфадиазина, взятых в определенной кон-

центрации. В измерительной колбе емкостью в 100 мл приготовляют исходный раствор одного из сульфамидных препаратов таким образом:

Сульфидина..... 100мг
20% раствора едкого натра.....0,2мл
Дестиллированной воды.....15мл

После полного растворения сульфидина раствор доводят до метки дестиллированной водой. Этот раствор разбавляют в 5 раз и готовят из него ряд разведений в соотношениях, указанных в табл. 3.

Таблица 3

Номер пробирки	Стандартный раствор сульфамида (в мл)	0,01 норм. МаОН (в мл)	Концентрация сульфамидов в мг на 100 мл
1	0	10,0	0
2	0,5	9,5	1,0
3	1.0	9,0	2,0
4	1.5	8,5	3,0
5	2,0	8,0	•4,0
6	2,5	7,5	5,0
7	3,0	7,0	6,0
8	4,0	6,0	8,0
9	5,0	5.0	10,0
10	6,0	4,0	12,0
11	7.0	3,0	14,0
12	8,0	2,0	16,0
13	9,0	1.0	18,0
14	10,0	■—	20,0

К 1 мл полученного стандартного раствора сульфидина прибавляют 1 мл плазмы (это создает одинаковые условия для получения цветной реакции при исследовании крови). Для получения цветной реакции добавляют 0,5 мл диазореактива, дают стоять 3 минуты, затем прибавляют 0,5 мл 2°/о раствора бета-нафтола. Точно через 10 минут сравнивают окраску со стандартными растворами, после чего отмечают на этикетках стандартных пробирок соответствующие концентрации в миллиграммах на 100 мл.

Методика определения сульфамидных препаратов в крови

Из гемоглобинометра Сали наливают пипеткой 0,02 мл 3,5% раствора щавелевокислого натрия в пробирку одинакового размера со стандартными и высушивают пробирку в термостате досуха. В пробирку с высушенным оксалатом вводят 0,3—0,4 мл крови, взятой из укола в палец, тщательно перемешивают и центрифугируют.

Для анализа берут по 0,1 мл плазмы и воды, добавляют точно 0,05 мл диазореактива и дают стоять 3 минуты; затем прибавляют 0,05 мл (точно!) раствора бета-нафтола[x]. Через 10 минут сравнивают окраску со стандартным рядом в маленьком компараторе Вальполя, употребляемом для микроопределения pH по Михаэлису, или приспособив для этой цели гемоглобинометр Сали. Результаты выражают в миллиграммах на 100 мл крови (как указано на этикетках стандартных пробирок).

[1] Ввиду незначительных объемов употребляемых реактивов необходимо добавлять их, не касаясь пипеткой внутренней поверхности пробирки.

Необходимо отметить, что обычно диазореакция проводится в безбелковой среде. Отступление в данном случае основано на данных Ля Роза и на результатах наших собственных исследований. Оказалось, что в условиях, подобранных нами, диазореакция не извращается.

Эту же методику можно использовать для количественного определения сульфамидов в моче. В этом случае мочу разбавляют в 5 раз или больше, в зависимости от концентрации сульфамидов. К 1 мл разбавленной мочи добавляют 0,25 мл диазореактива, выжидают 3 минуты, затем прибавляют 0,25 мл раствора бета-нафтола и спустя 10 минут сравнивают окраску с окраской соответствующей пробирки стандартного ряда.

Расчет. Количество миллиграммов на 100 мл (указанное на стандартной пробирке) делят на два и умножают во столько раз, во сколько раз разведена моча.

Наш метод определения концентрации сульфамидов в крови и моче мы проверяли следующим образом: к плазме крови или к моче добавляли точно взятые количества сульфамидов и затем исследовали концентрацию их по нашей методике.

Всего было произведено 539 анализов плазмы.

Точные ответы получены в 93,5% случаев. Только 6,5% дали отклонения от +0,5 до +1 мг на 100 мл плазмы.

Исследований мочи сделано 220. Точные ответы получены в 93,6%, т. е. отклонения в тех же пределах, как и при исследовании плазмы.

Таким образом, наш микрометод количественного определения сульфидина, сульфазола и сульфадиазина в крови можно считать достаточно точным. Этот же метод можно использовать и для определения концентрации сульфамидных препаратов и в моче.

★

Подполковник мед. службы доц- В. Б. ФАРБЕР

ВЛИЯНИЕ НА КРОВЕТВОРЕНИЕ МНОГОКРАТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ В КАМЕРЕ ПОНИЖЕННОГО ДАВЛЕНИЯ

Из кафедры нормальной физиологии (нач. кафедры—генерал-полковник мед. службы акад. Л. А. Орбели) и кафедры факультетской терапии (иач. кафедры—засл, деятель науки генерал-лейтенант мед. службы проф. М. И. Аринкин) ВМА им. Кирова

Процессы кроветворения при тренировке летчика к полетам 'на больших высотах еще мало изучены. Кое-какие данные к этому вопросу получены при исследовании состояния человека и животных в высокогорных условиях. Однако, как справедливо указывает Шуберт, прямо перенести эти данные на условия высотного полета невозможно. Летчик, в противоположность горному туристу, быстро достигает значительных высот и, выполнив соответствующее задание, снова быстро спускается на землю.

Для изучения физиологических пертурбаций, происходящих у человека от воздействия быстрой смены высот и от пребывания на них, можно с успехом пользоваться барокамерой. В последнее время для подобных экспериментов сконструированы также приборы с ереспирацией, т. е. с вдыханием воздуха, бедного кислородом.

Из подобных приборов особенно удобен прибор Александрова-Егорова. Он позволяет ставить наблюдения при нормальном атмосферном давлении с любой степенью парциального давления кислорода и в течение такого времени, какое необходимо для исследования.

Работы Фисслера, Грига, Летца, Шнейдера и Шуберта показали, что после пребывания в барокамере при разрежении атмосферы до 405 мм ртутного столба количество эритроцитов в периферической крови значительно нарастает. Опыты свидетельствуют, что при имитации подъема в барокамере увеличение показателей гемоглобина и эритроцитов начиналось в 78% случаев после 26—40 минут пребывания в разреженной атмосфере. Шуберт наблюдал увеличение числа эритроцитов на 0,7 млн. в 1 мм^3 крови после 30-минутного пребывания в барокамере на «высоте» 5 000—*5 500 м.

Изменения белой крови и тромбоцитов при этих же условиях большинство наблюдателей не изучало и потому определенного толкования не было получено. Асталос, Элиас и Кауниц, изучая изменения белой крови у кроликов, находившихся в барокамере на высоте 6 000 м в течение 4 дней, наблюдали лейкоцитоз (по преимуществу нейтрофильный). Мейер, Овид, Соверс и Ритту (1935) находили у белых крыс при разрежении атмосферы до 422 мм ртутного столба лейкоцитоз, сменявшийся лейкопенией.

По исследованиям Гартвана и Кольцова, кратковременное воздействие разреженной атмосферы (в 405—308 мм ртутного столба) в течение 1 часа не дает заметных изменений красной крови ни у людей, ни у животных (собаки). На основании своих опытов авторы не могли сделать никаких определенных выводов относительно влияния повторных подъемов на организм.

Вопрос о выработке в условиях барокамеры тренировки акклиматизационных факторов, в частности, со стороны кроветворной системы, до сих пор дискутируется.

М. Жирмунский еще в 1885 г. в своей диссертации о влиянии разреженного воздуха на человеческий организм сделал совершенно четкий вывод, что «человеческий организм постепенно привыкает к влиянию факторов (разрежения атмосферы), вначале ему совершенно чуждых».

Моссо в 1898 г. показал, что обезьяна, плохо переносившая в барокамере разрежение атмосферы в 405 мм ртутного столба, через несколько дней при повторных подъемах на высоту стала удовлетворительно переносить разрежение, соответствующее высоте 6 470 м над уровнем моря.

Гиллерт определенно высказывает мнение, что у людей повышение выносливости к пребыванию на высоте при повторных подъемах в барокамере наступает в том случае, когда эти подъемы следуют друг за другом без значительных перерывов.

Холден и Кеннавей отметили улучшение состояния организма и повышение его работоспособности при повторных подъемах в барокамере.

Шуберт, наоборот, считает, что для летчика исключается статическая регуляция, т. е. полная акклиматизация к высоте, и имеет место регуляция динамическая за счет привлечения физиологических резервов кровообращения. Но у Шуберта речь идет главным образом об однократных высотных полетах.

Высота в 4 000 м считается им при всех обстоятельствах границей полной работоспособности. Это положение, несомненно, противоречит фактам научного эксперимента и жизни.

Для боевой работы летного состава оказывается очень полезной предварительная тренировка, позволяющая переносить высоты, превышающие 5 000 м, без обязательного пользования кислородным прибором. Примерами являются полеты В. Коккинаки, Ковальского, Аминтаева, Ткачука, Гутковского, прыжки парашютисток Куталовой, Шишмаревой и др.

П. И. Егоров в своих работах совершенно справедливо указывает, что при тренировке кадров для высотных полетов вряд ли будет правильным устанавливать одинаковую для всех предельную высоту, начиная с которой обязательно пользование кислородным прибором. По Шуберту же невозможна тренировка для повышения индивидуальной выносливости и сохранения полной работоспособности при длительных полетах на высотах, значительно превышающих 4 000 м.

Файнберг в своих работах в Институте авиационной медицины воздушных сил Красной Армии установил, что повторные тренировки в барокамере вызывают изменения, аналогичные тем, которые наблюдаются при пребывании в высокогорных областях. Разница лишь в абсолютной величине этих изменений. В его опытах дыхательная поверхность крови отчетливо увеличивалась за счет нарастания эритроцитов, свидетельствующего (особенно по количеству ретикулоцитов) об усиленной функции эритробластической ткани. Обнаруженные Файнбергом изменения носили стойкий характер и исчезали лишь на 10—20-й день после прекращения тренировки в барокамере.

Специальные исследования А. Д. Кудрина позволяют утверждать, что на повторное кратковременное пребывание в барокамере кроветворные органы реагируют повышением дыхательной поверхности крови. Развивается известная степень акклиматизации в смысле статической регуляции Шуберта или то, что автор называет второй (по преимуществу эритропоэзной) фазой процесса акклиматизации. Все это заставляет весьма критически подходить к изложенному выше тезису Шуберта.

Целеустановка наших опытов заключалась в том, чтобы сравнить воздействие однократного длительного пребывания в разреженной ат-

мосфере на кроветворение[1] с действием многократных кратковременных подъемов в камере нониженного давления.

Насколько известно, изучение эритротромбоцитоноэза, а также и лейконоэза со стернальной пункцией на людях в условиях пониженного парциального давления кислорода в барокамере мы начали впервые.

Методика работы заключалась в том, что 4 здоровых молодых человека в возрасте 20—30 лет в течение 6 дней ежедневно по 2 часа находились в барокамере при разрежении воздуха до 378 мм ртутного столба, не пользуясь кислородным прибором. Каждый пробыл в барокамере на высоте 5 500 м 12 часов. Периферическую кровь брали у испытуемых натощак до опыта и после него. Стернальную пункцию производили у каждого испытуемого 2 раза: в начале постановки опытов и после окончания их, т. е. на 6-й день.

Во время опытов испытуемые никаких жалоб не предъявляли и без каких-либо затруднений выполняли свою обычную работу. Некоторые испытуемые (Л-о и К-к) к концу опытов отмечали даже повышение работоспособности и восприятия, улучшение аппетита и сна.

Пульс и кровяное давление в общем отличались устойчивостью в течение всего периода опытов. Объективными данными, до известной степени характеризующими гипоксемическое состояние испытуемых, были: умеренно выраженный акроцианоз (во время опытов) и данные электрокардиограмм, снятых непосредственно в барокамере В. А. Цыганковым. На электрокардиограммах, снятых в конце двухчасового пребывания в барокамере, у всех испытуемых, как правило, наблюдалось уменьшение вольтажа начального комплекса и уплощение волны «Т». При этом с помощью парциальных униполярных отведений удалось довольно отчетливо установить, что уменьшение амплитуды зубцов электрокардиограммы и особенно волны «Т» наиболее типично выражено на электродиограмме левого сердца. Небольшая физическая нагрузка в этих условиях (переход из положения лежа в положение сидя) вызывала еще более резкое уменьшение зубцов электрокардиограммы, причем волна «Т» преимущественно на левой электрокардиограмме сглаживалась почти до изолинии.

После двухминутного отдыха вслед за окончанием опыта электрокардиограмма принимала свой исходный вид.

Изменения периферической крови и пунктата грудины, наступившие в результате двухчасовых ежедневных пребываний в барокамере в течение 6 дней, представлены в табл. 1 и 2.

Анализируя данные табл. 1, можно сделать следующее заключение:

1. Гемоглобин увеличился к концу опытов максимум на 8% и минимум на 4°/о, тогда как при однократном 12-часовом пребывании в барокамере содержание гемоглобина максимально увеличилось лишь на 4°/».

2. Количество эритроцитов возросло на 1 850 000 и минимально на 1 050 000 в 1 мм^3 крови, а при 12-часовом опыте — соответственно лишь на 1 200 000 и 875 000.

3. Цветной показатель несколько уменьшился к концу опытов (на 0,16—0,14), так как число эритроцитов увеличивалось интенсивнее нарастания гемоглобина. Этот факт подтверждает, что в этой серии опытов, как и в предыдущих, нет параллельности в изменениях показателей эритроцитов и гемоглобина.

4. Количество тромбоцитов увеличилось максимально на 110 000 и минимально на 71 000; при беспрерывном 12-часовом пребывании в барокамере число тромбоцитов максимально увеличивалось лишь на 30 000. Это различие весьма красноречиво: оно указывает, что многократные, хотя и непродолжительные, подъемы в камере пониженного

[1] Клин. мед., № 12, т. XVI, 1938.

Таблица!

Периферическая крСЕь после 2-часовых ежедневных пребываний в барокамере на высоте 5500 м 1

Испытуемый	Дата	Гемоглобин	Эритроциты	Цветной показатель	Лейкоциты	Тромбоциты	Юные нейтрофилы	Нейтрофилы сегментноядерные	Нейтрофилы палочкоядерные	Лимфоциты	Моноциты	Эозинофилы	Базофилы	СЛХЭДИ ·иХЗ НМ1Э1Гь
	12.IV	сп	4 850 000	0.93	7 450	о о	сч	59		30		го 1 сч г	0,5	о|о
1	1938	о	5 (сО ООО|	0.90 |	7 Ы .0|	1ьа 010 1	ю	2	|Ю	65 I	1^0		0.5	
Лев-о	13.IV |	∞	800 о	о	1 7500 I	1 170 ОСн 1		8	2,5	Ф		<Г-		о|о
		ю	5150 000 |	ю	| 7 750 |	I РО€^г		1	3	со			|Ю	
	•	сп	5 100(00 I	0,90	1 8 100 I	1 1'05 ОСО	го	55		25			0	о|о
	1 ^	ф	I 000 РОС э	0.85	I 0<Гь I	1 ою	го	С1		18			0,5	
	ю, ^	92	5 000 0с0 1	0,90 I	8 400 I	200 (00 I		ю	1 3.5	сп	со	го	0,5	о|о
		<-з 1	5 650 000 |	!	4900 1961 ПОР I			21 I	н		1 82 1		0,5	
	ЛГ91	1 1-6	о оо	ф90 I	I 8^60 I	I 245 сое |		ю		сч	го	сч	1	о|о
		95	со о ∞	I 0.77 I	| 8 600 |	I порог: I	!<>			68 I			0,5	
	ЛГ21	9^ I	6 300 000 1	0.73 1	о о	250С00 I	го	68 I	1 3,5 1	I 9,85 I		1 2,5	I 0*6 I	о
		ю	6 700 000 |	0.78 |	9 150 1	сч о	го					о.		
Количественные изменения с 12 но 17.IV.1938 г.		+	+I 850 OOO	—0.15	+ 1700	+110 ОСО	+3	+	+ сч	сп	1	1	1	1
Возврат к исходным данным 21. IV		сп	4 900 000	| 0.93	8 о о	1	сч	52	ю	27	5,5	2,5	I 0,5	о
И	12.IV		| 4 650 ОСО I	0,98 I	О	I 000 91	сч	62	I 5*0	сч ю	7,5 1	ю	1 0,5	Ю 'Ю о|о
		I 8» I	о о ф	0.91	I 021г I	о ∞		I 2,ьр	к	I	I 57	2,5	1 0,5	
		21 1	∞ ∞	0.94 1	70 0 1	оо О		го	I 1,6 I		00	1 0,5	О	I 0.6
	ков-к	88	Ю о Ф	0.86 |	I о " ч	230 000 |		|з	I 1? I	сч	|8,5 |		о ю	
	ИЛГ	I 88	| о о50 000 1	0,8/ I	| 7 160 1	195 000 1	го	62 I	ю	21,5 1	ю		1 0,5	ю
		ω	ю ю о ∞	5	1 7 оОО |	сп 2 о	го го	го	*	5	го ю		о	
	ЛГ51	1 9^	I 6 850 000	1 0 84 I	I ОOРТ. I	00 н>87,		68 I		ю	ю	1 2,5	-	=
		1 93	| 5 850 000	| 0.86	| 8 0с0 |	| 265 000	го го	в	1 4,5 |	18,о	сп	с.	1 0,5	| 0.5
	ю ^	ω	1 5 700 (00	I 0,88	I 8100 I	0Х1093 I	го го	1-6	го	сп	ю,^	с.		1 0,5
		| 94	1 5 950 010	| 0.86	| 8 400 I	ООО <73	го го	в	го го	I 9,П I	о>го		1 0,5 1	
	^	1 94	6< 00 000	© ∞	∞ о	сч ∞ ©	го го	6/	го го	.4 о	о>го	о.	о|о	О 1
		! 94	16^ 50 000	О	ПОР 8 I	| 270 000	го го	62	"1	1-4	18 1			

Количественные изменения с 12 но 17. IV 19с8 г.		+	|+1 ecc oco	-0.16		+105 OCO		+ ю				+			
возврат к исходным данным 22.1У		69		CO	6 9(0	170 OCO		63		25					
		1 86	1 001075 9	0	8	154 0(0		60,5 1	2,5	35	1 9,5	3.5		0.5	
		1 66	5 300100	0	5 700	1 ooom		16.5 1		1 3e					
	13.IV	1 86		0.94	5 1(0	160(00		54.5 1	1 9,1	1 p.p.		1.5	0,6	1	
		он	6 600	0.66	1 p959			66		34					
	14.IV	100	5 450 000	0	6 200	160 000		7/	2,5	32		1 2.2	0	0,5	
		103	5 750 000		5 850				*		6,5		1 6,5		
	JIГ9I	1 СЧ	5 65(000	1 1,6	5 450	1 175 OCO		37,5			2	1 2,5	1 9,0		
		1(3)	6 обо	0.85	5 600	190(00		59		Oo					
	JIГ9I	1 (3)	6 086 000	0,96	5906	190(40		58,5	1 9,6	1 9,18	1 9,9		0,6	0,5	
		Кб 1	1 0 ЧII ООО		5 7a0	21 (00		69	1.5 1		-		9,6	9*0	
	V	1 101	1 000 001 9	1 7,8	1 099 9	2(ч C00		60,5 1				-		1	
		106	6 700 OCO	0.79	5(0o)	| УТ)С^ 1			2,5		1 5+				
Количественны е изменения с 12 но 17.1IV 1938 г.		+				-71 OCO	+	+10,5	1	1	+2	—1,5	1	1	
Возврат к исходным данным 21.IV		1	5 2C0 OCO	0.93	5(0 9	00309I		59,5	1,5				0,5	0,5	
Шев-о	V	1 101 1			1 0J1 9 1	1 030 085	*	67 1	0.5	31,5 1	1			5	
								59		63					
	V	1 801	5 500 0, 0	0.90	5 400 1	240 C00		3		08		1 5+			
			5 7(0 000	0.90	;	1 09'0		60							
	V	1 101	5 550 (00	0.90	5 250			69	1 9,1					2	
		1 03	5 950 000		5 9(0			62		1 9:				0,5	
	JIГ9I	1 >03<	6 (00 OCO	0.80	5 400								0,6		
		1 юз		0.80	5 700				1 3,5				1 0.5		
	16.^	1 > 4	1 01) OH 9 1	1 .85.)	1 OC,!5		+	2	1 3.5					1 + 5	
		105	1 000 091 9	0,66	1 079	0 4)		9+2 1	1 3,5	54				0,5	
	17.IV	1 Ю5	1 ' 000 005 9	0.84	6 000	300 COO				05		1 215	0,6		
		1 Ю5	6 500 OCO	0.80	1 oor 0	3o0(00		64,5				1,5			
Количественные изменения с 12 но 7.1 V 1938 г.		+	4-1 050 COO	—0.10	+1 OCO	+100(00	+2	+7,5	+	—10,5	+2		—	1	
Возврат к исходным данным 22.IV		1C0	5350 000	0.9)	5 4C0	210 000		60,5				2,5	ОЛ	0,5	

1 В числителе обозначе ны данные ДО, в зна менателе -поел Е пребыв ЮИ рокамере.

Таблица 2

Пунктат грудины[1]

Испытуемые	I Лев-о		II Ков-к		III Фа-р		IV Шев-о	
Время взятия пунктата	до 12.1У	носле 17.1У	до 2.1 V	носле 17. IV	до 12.1У	носле 17.1У	до 12.IV	носле 17.1У
Миэлобласты	0,5	0,8	0,6	0,6	1,2	0,8	0,4	0,6
Промиэлоциты	1,2	2	1	2	0,6	1,9	1,2	1,2
Миэлоциты нейтрофильные	4,2	5,4	5,2	7	4,4	8,4	8	10,4
Миэлоциты эозинофильные	0,4	1	0,8	0,8	0,4	0,8	1,4	1
Метамиэлоциты нейтрофильные	3	3,2	3	3,2	2,4	2,6	4,8	7
Метамиэлоциты .эозинофильные	0,5	0,4	0,4	0,6	0,4	0,4	0,2	0,6
Нейтрофилы (нолинуклеары)	40,7	37,4	—	—	40,6	32,8	43,4	42,6
Лимфоциты	22	15.5	• 14	6	18,8	12,6	12	12,6
Эозинофилы	1,5	0,5	2	0,8	1,4	1,2	0,6	0,4
Базофилы	0	0	0,6	0,2	0,8	0,2	0,4	0
Моноциты	5	1.8	3	2	2,4	2,8	3,6	1.8
Ретикулоциты	6,4	10,2(1)	8,2	4,2	4	7(1)	8,8	1.4
Клетки Ферраты	0	0	0,4	0	0	0,2	1,6	0,4
Мегакариоциты	0	0,2	0,2	0,4	0	0,2	0,2	0,6
Плазмоциты	0,2	1	0,6	0,4	0,4	0.6	0,6	0
Проэритробласты	2,2(1)	3,4	1.4	3,6(1)	2,0	3,6(2)	1,8(1)	3
Эритробласты	12(1)	5(1)	17,2(2)	22,4(2)	20,2	24(2)	11	16,4

давления вызывают большее усиление тромбоноэза, так же как и эритроноэза, чем однократные, но более продолжительные.

5. Количество ретикулоцитов увеличилось максимально на 6%.

6. Количество лейкоцитов увеличилось но отношению к исходным данным на 1 700 и минимум на 600 в 1 мм^3 крови. Иными словами, во всех случаях этой серии опытов наблюдалась тенденция к умеренно выраженному лейкоцитозу, в противоположность лейкопении, наблюдавшейся при 24- и 12-часовых опытах.

7. Изменения лейкоцитарной формулы развились в сторону незначительно выраженного нейтрофилоза за счет нарастания палочковидных нейтрофилов, моноцитоза, лимфопении и эозинопении. Эти изменения интересны своеобразием соотношений между нейтрофилами и лимфоцитами и некоторым отличием от лейкоцитарных формул, которые мы наблюдали при длительных однократных пребываниях в барокамере.

Суммируя данные изменений в периферической крови, можно сделать следующее заключение.

В течение всего периода опытов, т. е. 6 дней, у наших испытуемых наблюдалось стойкое и прогрессирующее повышение содержания гемоглобина, эритроцитов, ретикулоцитов и тромбоцитов. Достигнутое в процессе тренировки в барокамере увеличение дыхательной поверхности крови сохранялось и после прекращения тренировки до 5 дней. Это дает основание полагать, что у исследуемых наступили отчетливые акклиматизационные сдвиги со стороны гемопоэза.

Такое положение можно констатировать с уверенностью только в том случае, если вместе с разобранной картиной периферической крови будут рассмотрены и изменения в костном мозгу.

Изменения эти, как видно из данных пунктата грудины (табл. 2), исключительно показательны. Сравнение исходных величин содержания костномозговых элементов в пунктате с данными, полученными на 6-й день после опытов, показывает следующее.

1. Миэлобласты количественно не претерпели изменений. Количество промиэлоцитов несколько увеличилось к концу опытов; то же [1]

[1] В скобках ноказано число митозов.

можно сказать и о миэлоцитах как нейтрофильных, так и эозинофильных. Иначе говоря, в условиях опыта имелось известное раздражение лейконластического ряда костного мозга, чего не наблюдалось нри длительном однократном нребывании в камере нониженного давления.

2. Количество нроэритробластов и эритробластов увеличилось значительно во всех случаях и в большей стенени, чем нри 12-часовом однократном нребывании в барокамере. При сравнении количества нроэритробластов и эритробластов в пунктате грудины до постановки опытов и после их окончания получаются характерные данные, не требующие дополнительных пояснений.

Эти изменения эритробластической ткани костного мозга отражают усиление эритропоэза, которое наступило к 6-му дню опыта в результате ежедневной 2-часовой гипоксемической тренировки.

3. Реактивные сдвиги в мегакариоцитном аппарате аналогичны по своим результативным данным сдвигам, происшедшим в эритроидной системе костного мозга. Количественно мегакариоциты возросли во всех случаях максимум в три и минимум в два раза.

Следовательно, изменения в периферической крови развивались в полном соответствии с теми изменениями, которые наблюдались в костном мозгу.

Приняв это во внимание, можно с полным основанием заявить, что при повторных подъемах в барокамере дыхательная поверхность крови увеличивается не только за счет выбрасывания на периферию депонированной крови, но главным образом в результате усиления гемопоэза. Под влиянием ежедневных двухчасовых подъемов в течение 6 дней наступали более эффективные сдвиги в эритропоэзе, чем при однократном 12-часовом пребывании в камере пониженного давления.

Аналогичные данные получены 3. И. Козловской и Е. И. Крюковой, изучавшими морфологию периферической крови при высотных полетах. Они отметили также, что под влиянием многократных, хотя и непродолжительных, высотных полетов усиливался эритропоэз. Под влиянием однократного высотного полета заметных изменений со стороны красной крови не наблюдалось.

Это подтверждает, что барокамера хотя примитивно и грубо, но все же воспроизводит некоторые условия высотного полета и позволяет с достаточной приближенностью идентифицировать изменения, происходящие в кроветворении под воздействием пониженного давления.

Майор мед. службы В. А. ИВАНОВ

ОЖОГИ У ЛЕТНОГО СОСТАВА ФРОНТОВОЙ АВИАЦИИ

В первую мировую войну 1914—1918 гг. ожоги во французской армии составляли 0,08°/» по отношению ко всем боевым поражениям. Во время войны с белофиннами ожоги в нашей армии наблюдались в 0,79% случаев. Мы не имеем цифр, характеризующих этот вид боевой травмы во время Великой отечественной войны, но, несомненно, процент обожженных был еще более высоким в связи с употреблением различных зажигательных средств и массовым применением техники, работающей на легко воспламеняющемся горючем.

Во время наступательных боевых операций под Брянском, Ельней и Смоленском (июль—октябрь 1943 г.) среди летно-технического состава фронтовой авиации процент обожженных достигал 20,5. В последующих боевых операциях по освобождению Белоруссии и Литвы и в боях в Во-

сточной Пруссии процент обожженных резко снизился и колебался в пределах от 0 до 10, в зависимости от наличия и активности истребительной авиации противника.

Всего под нашим наблюдением находилось 75 обожженных, в том числе 54 летчика, 6 штурманов, 6 воздушных стрелков, 9 лиц технического состава.

66 человек (88%) были лицами летных специальностей, что дает основание квалифицировать ожоги как профессиональную боевую травму летного состава.

Из 66 человек только один получил ождги на земле, остальные 65— в воздухе во время боя с противником. Из этого числа на долю личного состава истребительной авиации падает 31 случай (47,8%), штурмовой— 10 случаев (15,4%), среднебомбардировочной—15 случаев (22,5%) и авиации всех остальных типов — 8 случаев (13,8%).

Все ожоги являлись термическими и по вызвавшему их агенту распределялись следующим образом: ожоги от пламени горящего самолета— 64 случая (85,4%), от взрыва бензина — 9 случаев (12%), от воспламенения жидкости «КС»—один случай (1,3%), от горячей воды из радиатора самолета — один случай (1,3%).

Ожоги I степени имел один человек (1,3%), ожоги II степени — 50 человек (66,7%), ожоги III степени — 24 человека (32%).

Тяжесть ожогов, в зависимости от размера пораженной поверхности тела, по Джанелидзе-Берксу, представлена в табл. 1.

Таблица 1

Степень тяжести ожогов	Размер поражения к поверхности тела (в %)	Количество случаев	Проценты
Легкие	До 5	35	46,7
Средние	От 6 до 10	22	29,4
Тяжелые	.П .25	14	18,6
Тяжелейшие	Свыше 30	4	5,3

Таким образом, более чем в половине случаев (53,3%) ожоги были средней тяжести и тяжелые.

Локализация поражения в порядке частоты: лицо — 66 случаев (88,8%); кисти рук — 42 случая (56%); голень—18 случаев (24%); бедро—15 случаев (20%); предплечье—12 случаев (16^/о-): плечи — 9 случаев (12%); грудь — 8 случаев (10,7%); шея — 6 случаев (8%); ягодицы—5 случаев (6,7%); спина—4 случая (5,3%); стопа—3 случая (4%); живот — 2 случая (2,7%); волосистая часть головы — один случай (1,3%).

Ожоги только открытых частей тела имели 49 человек (65,3%), причем у летного состава на первом месте стоят ожоги лица и на втором — ожоги кисти рук. Мы неоднократно видели ожоги только нижней половины лица, если летчик летал в очках; ожоги только одной кисти, когда вторая была в кожаной перчатке; ожоги в виде «браслета» в нижней трети предплечий, соответственно щели между перчаткой и рукавом комбинезона; ожоги в виде «ожерелья» на шее, соответственно щели между шлемом и воротником. Распространенные ожоги конечностей и туловища наблюдались исключительно летом, когда пострадавший летал в хлопчатобумажном комбинезоне или просто в гимнастерке и шароварах. Наоборот, в тех случаях, когда летчик летал в кожаном костюме, тяжелых ожогов не наблюдалось, хотя материал одежды был резко изменен от пламени.

Даже меховые комбинезоны с хлопчатобумажным верхом хорошо предохраняют от ожогов.

Значение кожаной одежды особенно велико при пользовании парашютом, так как огонь, охвативший одежду при выпрыгивании и спуске, разгорается еще больше, а парашютист до приземления не может его погасить.

Заправка брюк в голенища сапог способствует тяжелым ожогам голеней и стоп, так как нередко горящий бензин затекает в сапоги.

Приведенные данные помогают наметить и пути профилактики ожогов у летного состава. Летчик должен быть одет в кожаную одежду с головы до ног. Лицо необходимо защищать легкой маской, удобной, не стесняющей дыхания и составляющей одно целое с очками. Руки следует защищать кожаными перчатками, не стесняющими движений пальцев.

Комбинезон и маску для полетов летом рекомендуется изготовлять из огнестойкой ткани.

Особенностями ожогов военного времени являются комбинации с ранениями и другой травмой. Мы такие комбинации наблюдали в одной трети всех случаев, из них в 10 случаях преобладающими по тяжести являлись ожоги. Сюда относятся ожоги с сопутствующими ранениями (3 случая) , ожоги с сопутствующей травмой (6 случаев) и ожоги с отморожениями— один случай. В 15 случаях ожоги отодвигались на второй план. В этой группе в 11 случаях ожоги сопровождались ранениями и в 4 случаях — закрытыми переломами. В подобных случаях осложнялись как течение основного заболевания, так и лечебные мероприятия.

Лечебно-эвакуационная характеристика пострадавших лиц летного состава отличается некоторыми особенностями.

Авиация действует на значительных расстояниях от своих баз, часто в тылу противника. Поэтому наши больные вначале попадали в ближайшее медико-санитарное учреждение фронта, где им оказывалась лечебная помощь. Позднее они или поступали к нам по этапам эвакуации, или их специально разыскивали. Часть пострадавших некоторое время оставалась в тылу противника и скрывалась у населения или в партизанских отрядах.

Все это накладывает свой отпечаток на сроки поступления больных в госпиталь и на количество пройденных ими этапов. В срок от 1 до 3 дней после травмы поступило в госпиталь 13 человек (17,3%); в срок от 4 до 10 дней—32 человека (42,7%); от 11 до 20 дней—10 человек (13,3%); позже 20 дней—20 человек (26,7%).

Один этап эвакуации прошли 26 человек (34,7%), два этапа—32 человека (42,7%), три этапа—10 человек (13,3%), четыре этапа — 6человек (8%), пять этапов — один человек (1,3%). Огромное большинство больных (77,4%) прошли один и два этапа, что следует считать хорошим показателем. Сроки поступления в значительной мере определялись состоянием больных и транспортными возможностями. 14 человек некоторое время находились в тылу противника (в среднем по 19 дней каждый), что также сказалось на сроках поступления в госпиталь.

Лечебная помощь на этапах эвакуации была очень разнообразной. Как правило, всем проводилась серопрофилактика, а нуждавшиеся получали противошоковую терапию. На обожженные участки накладывались асептические повязки, повязки с растворами марганцовокислого калия различной концентрации, с порошком от ожогов АНГ-17, порошком стрептоцида, эмульсией сульфамидов, мазью Вишневского, вазелиновые повязки, причем пузыри в некоторых случаях снимали, в некоторых оставляли. В тех случаях, когда обожженные задерживались на каком-нибудь этапе, применялось открытое лечение в комбинации с методом коагуляционной пленки. Реже лечение проводилось под повязками.

Лица, остававшиеся в тылу противника, медицинской помощи там обычно не получали.

В нашем госпитале всех обожженных лечили открытым методом в комбинации с методом коагуляционной пленки. Отклонения допускались только в тех случаях, когда сопутствующая травма (ранение или перелом) не позволяла этого. Больным, поступавшим в состоянии шока, делали переливание крови, инъекции морфина, согревание и пр.

Необходимо отметить некоторые особенности течения шока у обожженных. Во-первых, его длительность (от нескольких часов до суток и более) и, во-вторых, преобладание эретического шока, сопровождающегося возбуждением, спутанностью сознания вплоть до бредового состояния. Это объясняется, по нашему мнению, комбинацией болевого и токсического факторов в этиологии шока. Применение алкоголя как антишокового средства в этих случаях не всегда показано, так как даже малые дозы его усиливают возбуждение.

Громадное большинство ожогов требовало повторной обработки. Исключение составляли лица, поступавшие в поздние сроки с отторгшимися или отторгающимися корками. Снимать повязки даже при легких ожогах можно только после инъекции 1—2 см^3 1% раствора морфина под кожу или внутривенно. Обработку ожогов, особенно при значительной их величине, необходимо производить под общим обезболиванием. Для этого мы пользовались эфирным и внутривенным гексеналовым наркозом. С успехом применялся гексенал и внутримышечно в количестве 2 г в 10—5% растворе. Этот наркоз незаменим при ожогах лица.

Здоровую кожу и невскрытые пузыри тщательно очищали 0,5% раствором аммиака, чистым авиационным бензином и спиртом. Участки, лишенные эпидермиса, очищали раствором аммиака и протирали спиртом. Пузыри удаляли целиком. Обнаженные участки высушивали спиртом. После этого всю поверхность ожога двукратно смазывали насыщенным раствором марганцовокислого калия с промежутком в 5—10 минут. Образовывалась прочная темнобурая корка. В случаях, когда на предыдущих этапах накладывали жировые повязки, получить хорошую корку удавалось не всегда. Если в последующем обнаруживались отдельные мокнущие места или корка на местах сгибов давала трещины, медицинская сестра повторно смазывала эти места. Больных с обширными ожогами помещали на кровать со стерильным бельем под каркас с подогревом электролампами. При ожогах кистей рук сооружали каркас из сетчатой шины и прибинтовывали его к предплечью, поверх каркаса натягивали стерильную марлю. Лицо оставляли открытым.

Если ожог не инфицировался, местное лечение обычно этим и ограничивалось. На 10—14-й день корки начинают отходить.

В этот период уместно применение жировых повязок, накладываемых на сутки. Большая часть корок отходит вместе с повязкой при снятии ее. Смазывание жиром мы проводили продолжительное время и после отпадения корок, так как естественная смазка кожи еще недостаточна и молодой эпидермис легко высыхает и трескается.

Применявшийся нами метод не оригинален, но, поскольку в неосложненных случаях ожогов II степени неизменно получались хорошие результаты, мы не видели оснований его изменять. Преимущество метода состоит в следующем: при инфицированных ожогах пористая корка легко отслаивается на ограниченном участке, пораженном инфекцией, а на соседних участках корку удается сохранить.

При инфицированных ожогах после снятия корки мы тщательно очищали обнаженный участок от гноя раствором перекиси водорода и обильно присыпали порошком белого стрептоцида. Одновременно назначали сульфамиды внутрь. Инфекцию часто удавалось купировать, а порошок стрептоцида, пропитываясь отделяемым, образовывал пористую

корку, под которой происходила эпителизация. Повидимому, целесообразнее для припудривапия применять смесь из $^{2}/_{3}$ стрептоцида и $^{1}/_{3}$ сульфазола, чтобы воздействовать и на стафилококки.

Ожоги, осложненные инфекцией, протекают значительно тяжелее, сроки лечения затягиваются, часто образуются обезображивающие рубцы. Среди наших больных было 8 человек с местной инфекцией, 8 с местной инфекцией и общей реакцией и 6 с сепсисом. В общей сложности инфекционные осложнения наблюдались в 29,4% случаев. Один больной (сепсис) умер, остальные выздоровели. При сепсисе и септических состояниях мы с успехом применяли капельные внутривенные вливания 0,8% раствора стрептоцида в 5% растворе глюкозы по 500 см[1] ежедневно или через день и повторные переливания малых доз крови. Одному больному, перенесшему сепсис дважды, было сделано 22 переливания крови. Больной выздоровел.

Столь высокий процент инфекционных осложнений ожогов свидетельствует о неполноценности первичной обработки или о малой эффективности ее. Следует предположить, что применение сульфамидов для профилактики инфекции при ожогах полностью себя оправдает, так как инфекция локализуется на поверхности и легко доступна воздействию сульфамидов. Военные ожоги, как и ранения, нужно считать первично инфицированными (при нарушении целости пузырей). Следовало бы испытать коагулирующие порршки с сульфамидами. В условиях госпиталя мы этого сделать не могли, но клиника должна помочь найти правильное решение.

Прй ожогах III степени и осложненных инфекцией ожогах II степени посЛе отпадения корок и образования грануляций мы переходили на лечений жировыми повязками, под которыми эпителизация проходила быстрее. Однако при обширных ожогах рассчитывать на полное закрытие всей поверхности ожога кожей за счет краевой эпителизации не приходится. Поэтому мы возможно раньше, как только стихала инфекция, делали пересадку кожи.

Накануне операции накладывали повязку с гипертоническим раствором поваренной соли. Мы предпочитали пересадку кожи производить по способу Тирша, кусочками в 4—6 см^{2}, укладывая их с промежутками в 1—1,5 см. Поверх лоскутков кожи накладывали компрессную клеенку, хорошо смазанную парафиновым маслом, или целлофан с отверстиями для выхода отделяемого. Затем накладывали повязку сроком на 10 дней. При надобности повязку можно было сменить и раньше, так как клеенка предохраняла имплантированные кусочки от смещения. Обычно к 10-му дню кусочки хорошо приживали и начинали расти. При благоприятном течении эпителизация заканчивалась к 15—20-му дню. В некоторых случаях пересадку кожи приходилось делать повторно отдельными участками или концентрически, от периферии к центру. Так, одному больному при ожоге III степени площадью около 30% всей поверхности тела пересадку кожи делали 6 раз. Инфекция синегнойной палочкой нередко сводит па-нет всю кропотливо проделанную работу. Эпителий как бы тает на глазах. Поэтому за характером отделяемого нужно зорко следить и при малейшем подозрении припудривать рану порошком борной кислоты.

Если местное лечение ожогов теперь достаточно разработано и мы в той или иной степени можем влиять на течение процесса в желательном направлении, то общая терапия обожженных все еще является проблемой. В частности, весьма трудна борьба с интоксикацией при тяжелых ожогах. Введение больших количеств жидкости всеми возможными путями не всегда дает эффект. Сомнительные результаты дают внутривенные вливания тиосульфата натрия. Переливание крови в этот период сопряжено с опасностями и тоже не дает утешительных результатов.

Словом, в этом вопросе мы чувствовали себя довольно беспомощными. Из других мероприятий при лечении ожогов особое внимание уделялось уходу и питанию. Для тяжело обожженных уход имел большее значение, чем собственно лечение. Широко применялись бромиды, витамин В1 и наркотики. Пища была разнообразная, полноценная, богатая витаминами. Витамин С давали в неограниченном количестве для питья с водой.

При поражении губ больного кормили из поильника с резиновой трубкой. Если корки на губах часто смачивать, могут образоваться рубцы, стягивающие рот.

Исходы у наших больных представлены в табл. 2.

Таблица 2

Тяжесть ожогов в процентах к поверхности тела	Количество случаев	К летной службе годны		К службе в армии годны				
Легкие до 5 . . •.....	**35**	28	1	4	-	—	**2**	—
Средние от 6 до 10.....	22	14	2	4	-	—	**2**	—
Тяжелые от 11 до 25	14	6	1	-	**114**			**1**
Тяжелейшие свыше 30	4	—	—	1	—	—	—	1
Всего... 75		43	4	9	**118**			**4**

Возвращено в строй 62 человека, что составляет 82,5%.

Основной причиной ограничения годности к военной службе были рубцы век и кистей рук, ограничивающие функцию. Причиной негодности к службе в армии были обезображивающие келоидные рубцы лица.

Причины эвакуации: обезображивающие рубцы лица — один случай, ограничение подвижности пальцев — 2, для долечивания — 2, по поводу сопутствующих ранений и травм — 3 случая.

Смертность составила 5,3%. Смерть последовала на 2-й, 4-й, 20-й и 22-й день от начала заболевания. Причины смерти:- шок и интоксикация — 2 случая, интоксикация и отек легких — один случай, сепсис и интоксикация — один случай. Закончило лечение 51 человек (ожог у них доминировал над другой травмой). Сроки лечения этих больных были следующие: для легких ожогов — 42,3 дня, средних — 51,9 дня, тяжелых— 120,7; один больной с ожогом свыше 30% поверхности тела лечился 268 дней. Так как больные выписывались непосредственно в часть, на боевую работу, мы вынуждены были их несколько задерживать в госпитале, чтобы эпидермис мог окрепнуть и несколько огрубеть. Зимой задержка происходила из-за опасности отморожений, так как после ожогов долго сохраняется повышенная чувствительность к температурным колебаниям. Все это, конечно, сказалось и на сроках лечения.

★

Подполковник мед, службы Г. Р. ГРАЙФЕР

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ОЦЕНКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕБНО-ЛЕТНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Врачи-специалисты и председатели врачебпо-летпых комиссий в своей работе руководствуются указаниями, дающими и.м отправные ■установки для определения годности или негодности к летной работе. Но как бы ни было подробно разработано расписание болезней, оно не может предусмотреть всего. Поэтому расписание болезней — лишь схема, помогающая врачу-специалисту ориентироваться. В ряде случаев врачу приходится индивидуализировать оценку годности, он может или оставлять свидетельствуемого в данном роде авиации, или ограничить его летную работу тем или иным родом авиации, или вовсе отстранить его от летной работы.

К сожалению, этот вопрос обычно разрешается на основании личных установок и впечатлений врача-специалиста. Накопившийся материал и опыт позволяют установить, что «индивидуальная оценка» в каждом отдельном случае может быть правильной лишь при учете следующих основных данных: 1) морфологические изменения, 2) функциональное состояние органа или системы организма, 3) предстоящая летная работа и 4) целеустремленность обследуемого.

Одностороннее решение этого вопроса только на основе морфологических изменений или же только на основе целеустремленности обследуемого нередко приводит к многочисленным ошибкам. Поясним примерами.

Летчик П-в из-за значительного ограничения движений в нравом локтевом суставе был признан ВЛК части негодным к летной работе. Не согласившись с решением комиссии, летчик нрибыл на обследование в ЦАГ. При обследовании было установлено: сгибание в нравом локтевом суставе возможно до 65°, разгибание до 100—105°. Мышечная сила больной руки не снижена. Летчик П-в окончил летиую школу в 1933 г. Все время летал на бомбардировщиках и имеет около 2 500 часов налета. Командованием был проверен в воздухе на самолетах У-2 и Ил-4 и показал хорошую технику пилотирования. На основании данных обследования и представленного материала ВЛК ЦАГ вынесла следующее заключение: принимая во внимание огромное желание летать, опыт летной работы, результаты проверки в воздухе и хорошую функциональную приспособленность конечности — к летной работе в бомбардировочной авиации признан годным.

Ошибка ВЛК части заключалась в том, что она при определении летной пригодности учитывала только морфологические изменения, оставив без внимания другие факторы (опыт летной работы, результаты проверки в воздухе, целеустремленность и т. п.), определяющие летную трудоспособность. Следует отметить, что летчик П-в длиннорукий, а это до некоторой степени компенсирует дефект больной руки, особенно при ограничении разгибания в локтевом суставе.

Штурман И-в со сгибательной контрактурой II—III—IV и V пальца правой кисти и отсутствием концевых фаланг этих пальцев был признан годным к летной работе. Однако со своей работой штурман И-в не справлялся и был от нее отстранен. При обследовании установлено: отсутствие концевых фаланг II—III—IV и V пальца правой кисти. Рубцы культей болезненны при пальпации. Сгибательная контрактура этих пальцев. На ладонной поверхности кисти имеется неправильной формы рубец, спаянный с подлежащими тканями. Мышечная сила кисти резко ослаблена. Исходя из этих данных, ВЛК ЦАГ признала штурмана И-ва временно негодным к летной работе.

Через 2 месяца штурман И-в вторично явился на врачебную комиссию. При обследовании установлено: мышечная сила кисти не снижена; рубцы культей окрепшие и безболезненные при пальпации. Имеется ограничение разгибания пальцев кисти. Пальцы в кулак сводит хорошо. На основании этих данных и желания обследуемого он был признан годным к летной работе.

В этом случае ошибка первой комиссии заключалась в том, что она при определении летной пригодности учитывала только желание обсле-

дуемого и не придала значения таким важным факторам, как морфологические изменения и функциональное состояние поврежденной кости.

Для разработки функции конечности штурман И-в нуждался в трудовой терапии, которая при правильном ее применении помогла смягчить последствия повреждения.

Летчик Ш-в из-за ложного сустава левого плеча был признан в одной ВЛК негодным к летной работе, а в другой — годным к летной работе в транспортной авиации и в авиации связи. При обследовании в ЦАГ установлено: умеренная атрофия мышц левого плеча. В нижней трети, на уровне надмыщелков плечевой кости, определяется подвижность отломков кости. Движения в локтевом суставе отсутствуют и совершаются в области ложного сустава. Движения в остальных суставах свободные. Мышечная сила достаточна при опущенной вниз руке, в поднятом положении рука быстро устает. Одновременно было установлено, что летчик Ш-в получил перелом плеча 3 года назад. До травмы летал на истребителях. При проверке в воздухе на транспортных самолетах рука быстро уставала, особенно при длительных полетах. При проверке в воздухе па истребителях показал хорошую технику пилотирования, усталости в руке не 'Испыты1вал. На основании данных обследования и проверок в воздухе ВЛК ЦАГ вынесла заключение о допуске летчика Ш-ва к полетам на истребителях в тылу.

Этот случай с точки зрения экспертизы представляет большой интерес. Действительно, возможны случаи, когда после травмы конечности могут быть такие местные изменения, которые делают пострадавшего совершенно не способным к летной работе. В подобном описанному случае образовавшийся вследствие перелома плечевой кости ложный сустав обычно приводит к дисквалификации свидетельствуемого, и на основании этого можно было бы признать, что первая ВЛК правильно вынесла заключение о негодности к летной работе. Но эта комиссия не учла функциональной способности конечности. В данном случае ложный сустав плечевой кости, поскольку он низко расположен, принял функцию анкилозированного локтевого сустава. Вторая ВЛК при вынесении заключения учитывала функциональное состояние конечности, но не учла специальности (летчик-истребитель), род авиации и т. д.

Один и тот же дефект у лиц различных специальностей, различных родов авиации не может расцениваться одинаково. Условия летной работы различны. При длительных полетах требуется большая физическая выносливость. При перегрузках или же при бреющем полете на большой скорости требуется точная координация движений, нормальная функция опорно-двигательного аппарата и т. п. Поэтому понятно, сколь индивидуализированными и разносторонними должны быть требования по отношению к летчикам каждого рода авиации. Врач-эксперт должен оценить дефект с двух точек зрения: 1) возможно ли допустить свидетельствуемого к прежней летной работе и 2) если это невозможно, целесообразно ли допустить больного к более облегченной работе (ограниченная годность к летной работе). Положив в основу своих рассуждений оба эти положения и имеющиеся данные, врач-эксперт выносит заключение. В разбираемом случае, если учесть функциональное состояние конечности, специальность (летчик-истребитель), результаты проверки в воздухе, целеустремленность и т. п., не было особых противопоказаний к допуску летчика Ш-ва на прежнюю работу. А так как на фронте летная работы требует большего напряжения, чем в тылу, Ш-в и был допущен к работе в тылу. Для длительных же полетов на транспортных самолетах без опыта вождения их летчик Ш-в оказался негодным.

Морфологические изменения сами по себе в значительном проценте случаев не являются показателями снижения летной трудоспособности. Практика экспертизы показывает, что ряд лиц с дефектами опорно-двигательного апарата хорошо справляется с летной работой. Нередко заключения даже квалифицированных специалистов не отражают фактической трудоспособности. Вопрос о годности к летной работе должен

решаться не только на основании анатомических изменений, но главным образом на основании состояния функций пораженного органа.

Функциональные возможности двигательного аппарата определяются, с одной стороны, объемом движений в суставах, длиной конечности и мышечной силой, с другой — компенсаторной приспособляемостью организма.

Большинство врачей не уделяет должного внимания определению объема движений в суставах и обычно записывает, что «движение в суставах ограничено». В лучшем случае измерение движений производится па-глаз. Следует отметить также отсутствие единой системы измерений движений в суставах. Между тем с точки зрения экспертизы единая правильная методика измерения подвижности суставов, их амплитуды имеет большое значение при суждении о степени летной годности. Практика экспертизы показывает, что применение разных методов исследования приводило к различным заключениям. Необходимость унификации методов исследования движений в суставах вытекает из того, что в отдельных статьях расписания болезней указаны пределы допустимых для летчика ограничений движений в суставах. Поэтому в практической работе следует пользоваться методикой, принятой в официальных руководствах по врачебно-летной экспертизе.

При определении функции опорно-двигательного аппарата очень важно установить длину конечности и мышечную силу. Чем длиннее верхняя конечность, тем меньшее значение имеет ограничение разгибания в локтевом суставе; для нижней конечности отношения обратные — чем она короче, тем меньшее значение ограничения сгибания в коленном. суставе. Летчик штурмовой и пикирующей авиации должен обладать достаточной мышечной силой верхних конечностей. Нельзя снижать требования к мышечной силе левой руки. Большое внимание должно быть уделено мышечной силе нижних конечностей, особенно у летчиков бомбардировочной авиации.

В практике врачебно-летной экспертизы нередко можно наблюдать явление, называемое «приспособляемостью» или «привыканием к дефекту». В применении к опорно-двигательному аппарату «приспособляемостью» принято называть возможность выполнения ряда действий при анатомических дефектах или стойких функциональных расстройствах в этом аппарате. В вопросе о пригодности к летной работе лиц с теми или иными дефектами выявление и учет приспособляемости вырастают в сложную проблему. Ряд авторов (Поленов, Кедров) вообще отрицает самую постановку вопроса о «приспособляемости» или «привыкании к дефекту». Кедров считает, «что с точки зрения медицинской науки оба эти термина, к какому бы незначительному повреждению они ни прикладывались, не выдерживают никакой критики». Другие авторы (Копылов, Вигдорчик, Тим, Беккер и др.), наоборот, считают «приспособление» или «привыкание к дефекту» закономерным явлением. И в самом деле, в практике врачебно-летной экспертизы при освидетельствовании лиц с последствиями повреждений опорно-двигательного аппарата нередко удавалось отмечать значительное повышение трудоспособности через 3—5 месяцев по сравнению с данными освидетельствования через 1—2 месяца после травмы. Мы встречались также с фактами, когда лица с выраженными дефектами конечностей хорошо справлялись с летной работой. Так, например, летчик М-в, с двумя протезами нижних конечностей (голеней), летает на Ла-5; летчик Г-в с одним протезом нижней конечности (голени) летает на Пе-2; летчик Л-в с одной рукой летает на У-2 и т. п. Повидимому, человек способен привыкать к дефекту и взамен недостающей функции у него выявляется компенсаторная приспособляемость. К сожалению, учет колоссальных возможностей замены одних функций другими, учет компенсаторных приспособлений довольно сложен и труден, так как мы

яе всегда еще умеем оценивать компенсаторные возможности организма. Кроме того, врачу, особенно эксперту, надо установить не только уже имеющуюся степень приспособления, что определяет пригодность свидетельствуемого к летной работе в данный момент, но определить и возможность дальнейшего прогрессирования приспособляемости. Это наиболее важно, поскольку позволяет уточнить возможность дальнейшего повышения работоспособности свидетельствуемого. Правильное установление «адаптационного прогноза» (Вигдорчик) позволяет решить вопрос, временна или постоянна негодность к летной работе, временно или постоянно ограничение годности к летной работе, и т. п.

Наблюдения позволяют говорить, что компенсаторные явления развиваются в результате проявления резервных возможностей организма. По мнению Копылова, эти резервные возможности организма проявляются в виде более совершенного управления мускулатурой, в увеличении силы отдельных мышц или мышечных групп, развитии гиперподвижности в суставах и повышении чувствительности отдельных участков кожи. И действительно, при анкилозах в голеностопном суставе можно отметить увеличение подвижности в шопартовском суставе; при анкилозах в плечевом суставе — появление движений за счет лопатки. В некоторых случаях компенсация дефекта, например, при отсутствии нескольких пальцев кисти, проявлялась за счет усиления мышц, приводящих в движение оставшиеся пальцы, увеличения объема движений этих пальцев и в более совершенном и координированном управлении мышечными сокращениями. Благодаря гибкости позвоночника и возможности корригирования наклона таза, лица с укорочением нижней конечности до 2—3 см легко привыкают к дефекту и обходятся без ортопедической обуви. Эти примеры наглядно показывают, что механизм компенсаторного приспособления сводится к перемещению, усилению и трансформации функции.

Академик Кроль указывает, что при расстройствах движений на почве поражения периферических нервов имеются следующие компенсаторные возможности: а) компенсация, обусловленная чисто механическими моментами (движения за счет эластичности связочного аппарата и сухожилий и т. п.); б) компенсация за счет замены мышц, иннервируемых пораженным нервом, другими мышцами, нервы которых сохранены (плече-лучевая мышца, заменяющая двуглавую, и т. п.); в) компенсация, обусловленная двойной и тройной иннервацией, что обеспечивает сохранность функции данной мышцы за счет другого нерва.

Компенсаторная приспособляемость обычно достигается упражнениями, носящими системный и целесообразный характер, причем эти упражнения должны проводиться последовательно, особенно при начале упражнения, и без боли. Обычно боли являются реакцией на чрезмерную нагрузку. Следует учесть, что чем меньше времени прошло с момента повреждения, тем быстрее развиваются компенсаторные явления.

По мнению Вигдорчика, главный механизм процесса упражнения лежит в центральной нервной системе, ибо для того, чтобы произошло перемещение, усиление и трансформация функции, требуется изменение порядка, скорости и силы тех импульсов, которые идут к мышцам от нервных центров. Центральная нервная система способна автоматически упрощать координированные движения для производства определенной работы с постепенным выключением сознания из механизма координации.

Следует также учесть, что для развития компенсации требуется время. Поэтому при наличии стойких необратимых последствий повреждений, препятствующих в данное время выполнению летной работы, но могущих быть компенсированными через известный проме-

жуток времени, а также при наличии обратимых последствий, когда свидетельствуемый не нуждается в специальном лечении, но для восстановления функции требуется время и показаны трудовые процессы, следует свидетельствуемых признавать временно негодными к летной работе с переводом на наземную работу. Трудовая терапия в комбинации с лечебной физкультурой является существенным условием развития компенсаторных приспособлений. При этом большую роль шрает наличие определенной волевой установки. Эти лица должны быть на особом учете и под непосредственным контролем врача части, который, в зависимости от восстановления функции, направляет их на переосвидетельствование.

Предстоящая летная работа является важным моментом для экспертизного заключения. Здесь важно учесть не только опыт летной работы свидетельствуемого вообще (летный стаж, количество часов налета), но и опыт его работы на том типе самолета, на котором он должен будет летать. Этим удается уточнить степень его подготовленности и приобретенных навыков для выполнения летной работы. Одни требования должны быть к летному составу, если он до полученной травмы совершал полеты на современном типе самолета, а другие требования — к летному составу, летавшему на самолетах типа У-2 и Р-5.

Врачу-эксперту важно знать и условия работы свидетельствуемого (рабочее место) на самолете для вынесения правильного заключения о годности лиц с тем или иным дефектом. Так, например, на самолетах, на которых есть ручное торможение, может летать летчик с резким ограничением движений в голеностопном суставе. При этом следует помнить, что данный дефект является противопоказанием к парашютным прыжкам. В истребительной и штурмовой авиации, где одновременно с управлением самолетом производится и стрельба, первые три пальца правой кисти у летчиков являются основными. Поэтому при наличии дефектов в первых трех пальцах вопрос о годности к работе на этих типах самолетов нельзя решить положительно. Дефекты костей черепа служат противопоказанием к совершению высотных полетов, поскольку, как показали опыты в барокамере, на высоте свыше 5 000 м без кислородного аппарата увеличивается выпячивание мозга. Лица, перенесшие компрессионные переломы позвоночника, плохо переносят перегрузку и длительные полеты.

Для уточнения условий работы и определения возможности для свидетельствуемого, в частности, с дефектами опорно-двигательного аппарата, летать на том или ином типе самолета следует пользоваться консультацией специалиста-летчика. В некоторых случаях после травмы целесообразна предварительная проверка летчика в воздухе, что намного облегчит врачу-эксперту суждение о годности к летной работе. При многообразии материальной части и специфических условий работы летного состава оценка годности может определяться не по родам авиации, а конкретно на том или ином типе самолета.

Следовательно, правильное определение годности к летной работе требует всестороннего учета условий ее. Необходимые сведения для суждения о том, может ли свидетельствуемый продолжать свою прежнюю работу или нуждается в облегченной (перевод в другой род авиации), можно получить в части, причем эти сведения дают не только представление о характере и условиях работы, но и полную характеристику летчика. У врача части можно получить сведения, касающиеся длительности и частоты заболеваний, перенесенных свидетельствуемым. Поэтому целесообразно, чтобы врачебная комиссия освидетельствовала летный состав в части. Участие в комиссии командования части, компетентного в вопросах, касающихся условий работы, и врача части с характеристиками патолого-физиологических состояний обследуемых гарантирует правильность заключения комиссии. Большое

внимание должно быть уделено результатам динамического наблюде* ния врача части, ибо оно служит методом выявления функционального состояния.

Целеустремленность обследуемого, его волевая направленность — важные моменты в экспертизе, ибо отношение к летной работе в значительной стенени определяет и трудоспособность. Но, учитывая работу летчика на такой сложной машине, как современный самолет, к этому фактору следует подходить вдумчиво, особенно при выраженных дефектах. Для иллюстрации приводим пример.

Летчик М-в поступил в ЦАГ 9.Х.1942 г. па обследование для определения годности к летной работе но поводу ампутации обеих нижних конечностей.

Анамнез: 4.1У.1942 г. при вынужденной посадке на самолете Як-1 летчик получил ушиб головы. Потерял сознание на 30 минут. Придя в сознание, свободно встал. В течение 17 дней не мог выйти из леса и получил отморожение Ш степени обеих стоп. 24.У1 произведена ампутация обеих голеней. 23.УШ получил временные протезы нижних конечностей. Имеет около 650 часов налета. Сделал 72 боевых вылета. Лично в бою сбил три самолета противника. На летной работе с 1940 г.

Объективно: левая голень ампутирована, отсутствует на границе средней и нижней трети, правая в средней трети. Рубцы гладкие, безболезненные. Имеются временные протезы, пользуется ими хорошо. Свободно ходит без палочки. Свободно садится на стул и встает без посторонней помощи. -

ВЛК ЦАГ вынесла следующее заключение: по ст. 49 приказа ГВСУ КА № 2 1941 г. к летной работе негоден. Применительно к ст. 73 приказа НКО СССР № 184 1940 г. в порядке индивидуального подхода — к военной службе ограниченно годен в тылу на работе, не связанной с длительной ходьбой. Принимая во внимание огромное желание летать, хорошую функциональную приспособленность к пользованию протезами, длительный стаж летной работы, комиссия считает возможным допустить летчика М-ва к тренировочным полетам на У-2 и при положительных результатах тренировки признать годным к летной работе на этих самолетах в тылу.

5.Ш.1943 г. М-в прибыл на врачебную комиссию с нижеследующим заключением командования: был проверен в протезах по технике пилотирования на самолетах У-2 и УТ-2 и показал хорошие результаты пилотирования. Считаясь его желанием летать и положительным результатом испытаний по технике пилотирования, направляется на освидетельствование для определения годности к летной работе в истребительной авиации.

9.П1 ВЛК ЦАГ па основании представленного материала вынесла следующее заключение: принимая во внимание отличную приспособленность к ходьбе в протезах, хорошие результаты пилотирования на У-2 и УТ-2 и исключительную целеустремленность, комиссия не имеет возражений против допуска М-ва к испытанию я тренировочным полетам на Ут-4 и Як-7.

13.111 1943 г. М-в прибыл на ВЛК ЦАГ со следующим заключением командования: «В результате проверки показал хорошую технику пилотирования в зоне на Ут-4. Считаю, что т. М-в может летать на истребителях «Як» и «Ла». На основании этого комиссия вынесла следующее заключение: «Допустить М-ва к вывозным тренировочным полетам по курсу боевой подготовки в истребительной авиации 1943 г. по 1 разделу. При наличии положительных результатов тренировочных полетов М-в может быть допущен к летной работе в истребительной авиации ПВО.

Впоследствии М-в начал летать на самолете Як-7. Получил звание Героя Советского Союза.

Этот случай показателен тем, что при оценке годности к летной работе учитывались не только морфологические изменения, но главным образом функциональное состояние и целеустремленность обследуемого, причем допуск к летной работе производился постепенно, с переходом от менее сложной материальной части к более сложной, и то после предварительных проверок в воздухе. Только такой вдумчивый подход и мог привести к правильному заключению.

Следовательйо, сущность метода «индивидуально?! оценки» состоит в том, что годность лиц, имеющих какое-либо заболевание или недостатки, определяется на основании не только формальных признаков, укладывающихся в рамки той или иной статьи расписания болезней, а с учетом функциональной способности больного органа, степени развития заболевания, прогноза, профессии, фактически занимаемой должности, возможности использования на иной работе в армии и т. п. Однако метод «индивидуальной оценки» применим при заболеваниях или

недостатках, принявших стойкий характер, не грозящих в ближайшем будущем ухудшением («Краткое руководство но военно-врачебной экспертизе»). Цель освидетельствования летного состава состоит не только в том, чтобы определить годность к летной работе, но и выявить моменты, могущие или обусловливающие снижение и ограничение летной работоспособности. Если под влиянием летной работы заболевание может обостриться, то комиссия должна вынести заключение о негодности к летной работе. В этих случаях метод «индивидуальной оценки» не применим. Поясним примером.

Летчик Ф-в при аварии самолета получил повреждение обоих колепшых суставов. После выписки из госпиталя был призпап ВЛ К части годным к летной работе на Пе-2. В связи С наличием разболтанности обоих коленных суставов в полете чувствовал боли и слабость в ногах. В дальнейшем, в связи с напряженной летной работой, боли в ногах усилились, и он был переведен на работу на самолете У-2. При обследовании обнаружено: резкая разболтанность обоих коленных суставов за счет повреждения передних крестообразных и наружно-боковых связок. Ходит с палочкой медленно, боясь подвертывания ног. На рентгенограммах: травматический артрит обоих коленных суставов.

Этот случай показателен тем, что, несмотря на наличие выраженного дефекта, имеющего склонность к ухудшению, врачебной комиссией летчик Ф-в был неправильно допущен к полетам, да еще на такой сложной машине, как самолет Пе-2.

Генерал-майор мед. службы Ф. А. ХОДОРКОВ

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. СТРЕПТОТРИЦИН И СТРЕПТОМИЦИН

Крупным событием предвоенных лет было внедрение в медицинскую практику сульфамидных препаратов. Их применение резко сократило смертность при одних заболеваниях и продолжительность течения других.

Отрицательными свойствами сульфамидов являются их токсичность, во многих случаях резистентность к ним микробов и действие только на определенные виды бактерий.

Научная мысль настойчиво искала более совершенные средства и добилась значительного успеха, 'открыв и введя в практику новое антибиотическое вещество — пенициллин, продукт жизнедеятельности плесневых грибков.

По наблюдениям авторов, пенициллин не токсичен и резистентности к нему человеческий организм почти не проявляет. Но пенициллин оказывает действие лишь на определенные виды микробов.

Ввиду этого продолжались поиски веществ, которые действовали бы на грамотрицательные бактерии, туберкулезную бациллу и др. и в настоящее время в США выделены вещества под названием стрептотрицин и стрептомицин, дальнейшая работа над которыми обещает много интересного. Известные уже данные собраны в обзорной статье, помещенной в «ВиПеНн оГ соттшысаЬе (Нзеазез апб МесКса! посев», ХМедпезбау, 23-гс1, 7]'апиагу, 1946.

Перевод этой статьи мы и предлагаем вниманию наших военных врачей.

* *

Веществ, обладающих бактериостатическим или бактерицидным действием, которые можно извлечь из грибков или микробов, очень много. Перечень их дается в последней работе Ваксмана. Но для использования этих веществ при. лечении людей необходимо, чтобы антибактерийный агент не был токсичен, чтобы при приеме через рот и парентерально он достаточно долго оставался в человеческом организме, чтобы его действие в организме человека не нейтрализовалось какими-либо веществами и, наконец, чтобы практические результаты подтверждали данные, полученные в лаборатории.

Из известных до сих пор антибиотических веществ только пенициллин отвечает всем этим требованиям. Но пенициллин действует только на грамположительные патогенные микробы; грамотрицательные же микробы, за исключением гонококка и менингококка, к нему нечувствительны. Следовательно, необходимо было найти такое антибиотическое вещество, которое задерживает рост грамотрицательпых бактерий и в особенности туберкулезных бацилл, и вместе с тем неядовитое и действительное при заболевании.

Некоторые вещества, выделенные из грибков или растений, в эксперименте действуют на туберкулезную бациллу. Первое из этих веществ было извлечено в 1912 г. Вордмером из плесени аспергиллус фумигатус. Этот автор показал, что новое вещество инактивирует туберкулин и значительно уменьшает вирулентность бацилл Коха для морских свинок. В 1944 г. Смитс и И.ммарт выделили из фильтрата культуры пенициллиум нотатум на среде Раулин-Тома вещество, обладающее некоторым бактериостатическим действием на палочку Коха. Солтис в 1944 г. извлек из аспергиллус фумигатус саспергиллин»—продукт, задерживающий рост ^туберкулезных бактерий даже в очень большом разведении. Ашешов и Стрелиц пытались получить это вещество в чистом виде и показали, что хлороформная вытяжка фильтрата культуры грибка на среде Чапек-Докса обладает в пробирке сильным бактериостатическим действием на туберкулезную бациллу даже в разведении 1:1 400 000. Подобные же активные вещества изолированы недавно из аспергиллус флавус, аспергиллус устус и из сока лютика.

К веществам, действующим в эксперименте на грамотрицательные бактерии, относится стрептотрицин, выделенный в 1941 г. Ваксманом и Вудруфом из почвенного грибка актиномицес лавандуле. Активное вещество получается лучше всего из культур, выращенных погруженными в синтетическую среду. Стрептотрицин обладает в пробирке весьма мощным задерживающим рост действием па некоторые грамотрицательные бактерии, в том числе на кишечную палочку, на бациллы бруцеллеза,

на сенную палочку, на бактерии брюшного тифа и паратифа В и бациллы дизентерийной грунны. Он менее действителен против синегнойной палочки, протея, зеленеющего стрептококка и молочного стрептококка. Робинсон, Грессл и Смитс показали, что стрептотрицин предохраняет лабораторных животных от смертельного заражения сальмонеллой Шотмюллера, кишечной палочкой и бактерией Шига, но не от такого же заражения синегнойной палочкой, протеем, золотистым стафилококком и пневмококком. Биологической единицей стрептотрицина считается минимальное количество активного вещества, которое при прибавлении к 1 см^3 жидкой среды полностью прекращает рост внесенной культуры кишечной палочки. Фостер и Вудруф описали методику биологической дозировки стрептотрицина в биологических жидкостях по отношению к сенной палочке. К несчастью, стрептотрицин ядовит для мышей, морских свинок и хомяков, которыми пользовались при этих опытах Гейльман и Херрел. Во всех случаях животные, получавшие инъекции стрептотрицина, погибали или немедленно, или спустя некоторое 'Время. Таким образом, до получения более обширных сведений стрептотрицин следует применять только местно при лечении ран или ожогов, инфицированных грамиегативными микробами.

Активное вещество выпускается в ампулах, содержащих по 100 000 единиц, и растворы, содержащие 500—-1 000 единиц в 1 см^3, приготовить нетрудно. Такой раствор можно употреблять при перевязке ран, язв или ожогов, для орошения конъюнктивы или также вводить в инфицированные полости организма (Херрел).

В 1944 г. Ваксман и Шатц изолировали из фильтрата культуры другого грибка, актиномицее гризеуе, новое антибактерийное вещество, которое они назвали стрептомицин, по названию рода «стрептомицеты», к которому относится этот грибок. Стрептомицин, повидимому, обладает весьма интересными свойствами по отношению к некоторым грамотрицательным микробам и туберкулезной палочке.

Стрептомицин выделен при выращивании актиномицее гризеуе на обыкновенном питательном бульоне. Прибавление к этой среде мясного экстракта, водного настоя кукурузы или глюкозы увеличивает выход вещества. Стрептомицин извлекают из фильтрата культуры, подкисляя его и адсорбируя углем (Шатц, Буджи и Ваксман).

По Ваксману, Буджи и Шатцу, стрептомицин является органическим основанием; он растворим в воде и в разведенных кислотах, но не растворяется в эфире и хлороформе. Повидимому, он термостабилен. В общем стрептомицин значительно устойчивее пенициллина. Недавно оказалось возможным получать стрептотрицин и стрептомицин в кристаллическом виде.

Биологической единицей стрептомицина считают количество его, содержащееся в высушенном неочищенном фильтрате культуры, способное полностью прекращать рост определенного штамма кишечной палочки в 1 см^3 питательного бульона или агара. Следовательно, биологические единицы стрептомицина и пенициллина ни в коем случае не эквивалентны.

Стрептомицин подавляет рост некоторых видов грамотрицательных «микробов. Сравнивая бактериостатическую картину действия стрептотрицина и стрептомицина и принимая за стандарт кишечную палочку, Шатц, Буджи и Ваксман нашли, что оба эти вещества обладают почти одинаковой антибактерийной активностью против сенной палочки, бациллы аэробактер аэрогенес и протея. Стрептомицин менее сильно угнетает золотистый стафилококк и сальмонеллу Шотмюллера, чем стрептотрицин, но останавливает рост туберкулезных бацилл, на которые стрептотрицин не действует. Достаточно 200—300 единиц стрептомицина на 1 см^3 культуры туберкулезной палочки, чтобы в несколько дней погибли все живые бактерии (Шатц и Ваксман). Это новое вещество подавляет рост тифозных бактерий: достаточно 1 единицы на 1 см^3 плотной среды с агаром или 2 единиц на 1 см^3 бульонной культуры, чтобы остановить рост микробов. Наконец, очень чувствительны к действию стрептомицина бациллы Фридлендера: рост свежевыделенных штаммов задерживается при концентрации 0,15—0,37 единицы на 1 см^3, а более старых культур с инкапсулированными микробами—при концентрации 0,625—2,5 единицы (Гейльман).

Ваксман, Рейли и Шатц показали, что чувствительность различных штаммов кишечной палочки, протея, сенной палочки и золотистого стафилококка к действию стрептомицина не одинакова и что можно получать стрептомицино-резистентные разновидности. Приобретенная в пробирке резистентность к стрептомицину является в некоторой мере резистентностью и к смежному веществу — стрептотрицину. Известно, что на пенициллин действует задерживающим образом пенициллиназа: но мы не знаем в настоящее время бактериального фермента, который может нейтрализовать антибиотическое действие стрептомицина (Рейман). Зато на стрептомицин, повидимому, угнетающе влияет цистеин. Это обстоятельство поможет диференцировать биологическую дозировку стрептотрицина и стрептомицина при одновременном наличии обоих этих веществ в данной среде, так как на стрептотрицин цистеин не действует.

Стрептомицин обладает терапевтической активностью, весьма сильной в отношении экспериментальных инфекций, вызванных бациллами дизентерии, брюшного тифа, бациллами Фридлендера, а также в отношении бруцеллеза, туляремии и туберкулеза лабораторных животных.

Джонс и его сотрудники первые показали, что инъекции стрептомицина значительно предохраняют мышей, зараженных смертельными дозами сальмонелл Шотмюллера, псевдомонас аэругиноза и протеус вульгарис, и что они действительны против инфицирования куриного зародыша бациллами птичьего тифа и бруцеллеза.

Гейльман, подтверждая результаты, полученные в пробирке, показал, что стрептомицин предохраняет мышей от действия 1 000—10 000 смертельных доз бацилл Фридлендера, введенных в брюшину. Ежедневным введением внутрибрюшинно от 185 до 500 единиц активного вещества в течение 2—3 дней было предохранено 90% из 62 подопытных животных. Ежедневным вкапыванием в нос 500 единиц в течение 7 дней были сохранены в живых 13 мышей из 15. Все зараженные контрольные животные погибли.

Точно так же стрептомицин в пробирке действителен при экспериментальной туляремии (Гейльман). Рост вирулентного штамма пастерелла туляреизис задерживается при содержании лишь 0,15 единицы активного вещества в 1 см^3 культуры. При этой исключительно вирулентной для мышей инфекции погибает 100% экспериментальных животных, тогда как все животные, получавшие ежедневно в течение 10 дней под кожу по 1 000 единиц стрептомицина, выжили.

Напротив, стрептомицин менее активен, чем пенициллин при лечении инфекций, вызванных иктерогеморрагичеекими лептоспирами и спирохетами возвратного тифа и совершенно не действителен при малярии птиц.

Ряд опытов подтвердил замечательную действенность стрептомицина при экспериментальном туберкулезе морских свинок. Фельдман и Хиншоу вызвали массивное заражение морских свинок путем подкожной инъекции 0,1 мг вирулентных бацилл Коха. Вводить стрептомицин начинали в день заражения или же с промедлением до 15 дней. Дозы варьировали от 1750 до 3 000 единиц в день. Лечение продолжалось от 54 до 61 дня. Если максимум туберкулезных повреждений, наблюдаемых у морской свинки, принять за 100, то у нелеченных животных в двух сериях опытов показатель инфекции был 67 и 81,9, тогда как у леченных стрептомицином показатель упал до 5,8 и 2,8. Смитс и Мак Клоски впрыскивали внутримышечно по 5 000 единиц стрептомицина (т. е. 10000—15000 единиц на 1 кг веса тела) втечение 90 днейсвинкам, предварительно зараженным 1 мг вирулентных человеческих бацилл Коха. Лечение начиналось в день заражения. К концу опыта 13 из 15 контрольных свинок были мертвы, тогда как все свинки (21), леченные, стрептомицином, остались живы. У всех контрольных свинок, не погибших еще на 30-й день, наблюдалась картина массивного туберкулезного поражения, в то время как у 3 свинок из группы леченных не было никаких макроскопических изменений. Результаты, полученные при лечении стрептомицином, повидимому, раз в десять лучше, чем получаемые при применении 0,5 г промина на 1 кг веса в течение такого же срока лечения. Наиболее замечательные результаты получаются при совместном применении стрептомицина и промина в указанных выше дозах. Таким способом было лечено 20 свинок. Через 90 дней после начала лечения у 65% животных не было никаких видимых невооруженным глазом туберкулезных поражений. У остальных 35% поражения ограничились небольшими туберкулезными абсцессами в тонких кишках и милиарными узелками в яичках. Селезенка, печень, почки, легкие и брюшина были совсем свободны.

Стрептомицин, в противоположность стрептотрицину, повидимому, менее токсичен для лабораторных животных. Ваксман с сотрудниками считают, что высшая токсическая доза очищенного стрептотрицина — 1—3,5 г на 1 кг веса тела, в то время как для стрептомицина она равняется 7 г. Робинзон и его сотрудники нашли, что мыши весом в 20 г прекрасно переносят инъекции 10 000 единиц стрептомицина, тогда как погибают после инъекции всего лишь 5 000 единиц стрептотрицина. Несмотря на продолжительное лечение стрептомицином, пи одна из туберкулезных свинок Фельдмана и Хиншоу не умерла вследствие ядовитости препарата.

Токсичность стрептомицина для человека была недавно изучена Цнителем с сотрудниками. Инъекции его иногда вызывают головную боль, лихорадку, крапивницу или покраснение кожи. Эти явления бывают умеренной силы и развиваются слабее, если впрыскивание делается медленно. Однократная внутривенная инъекция 600 000 единиц не нарушает функции печени и почек и не влияет на форменные элементы крови. При этом способе может иногда произойти тромбоз вены. Эти авторы без вреда впрыскивали человеку до 375 000 единиц через каждые 3 часа, т. е. 3 000 000 единиц в сутки.

Исследование и определение содержания стрептомицина в жидкостях организма проводятся такими же лабораторными методами, как при пенициллине. Стеббинс и Робинсон рекомендуют пользоваться ори этом как тестом очень чувствительным к стрептомицину золотистым стафилококком 8М, тогда как Гейльман предпочитает бациллу мегатериум, а Робинсон и Смитс (по Рейману) пользуются сенной палочкой.

Стрептомицин можно применять парэнтерально и перорально. При парэнтеральном способе его вводили в вены (периодически или непрерывным вливанием), в мышцу и в подкожную клетчатку.

После инъекции 60 000—90 000 единиц стрептомицина все активное вещество исчезает из крови к исходу 3 часов (Гейльман и Харрел). Однократное внутривенное введение 600 000 единиц позволяет достигнуть почти немедленно концентрации

больше чем 30 единиц на 1 см^3 крови; активное вещество можно обнаружить в крови до 6-го часа (Цинтел с сотрудниками). После введения такой же дозы внутримышечно максимальная концентрация получается к исходу первого часа и не достигает 20 единиц на 1 см^3 крови. При подкожном введении максимальная концентрация стрептомицина получается только через 2—3 часа. Инъекции, повторяемые через 3 часа, производят кумулятивное действие.

При назначении 1 000 000 единиц в день путем внутримышечного вливания создается средняя концентрация в 10—20 единиц на 1 см* крови; при введении 3 миллионов единиц в сутки достигается концентрация в 20—60 единиц.

Давая через рот 1 миллион единиц стрептомицина в день, Цинтел с сотрудниками констатировали, что концентрация его в фекальных массах увеличивается в течение первых 24 часов и достигает 1 000—6 000 единиц на 1 г фекальных масс. Препарат, введенный через рот, не переходит в кровь в доступном определению количестве. Следовательно, повидимому, можно назначать стрептомицин через рот с большой пользой для дезинфекции кишечника при некоторых болезнях.

После парэнтеральюго введения стрептомицин легко переходит в водяночную жидкость (Мерфи и Равдин, по Цинтелю), в плевральный выпот (Цинтель), но менее быстро и менее полно в спинномозговую жидкость (Цинтель). Определяемые количества стрептомицина можно обнаружить в желчи (Цинтель), водянистой влаге глаза (Леопольд, по Цинтелю), так же как в крови пуповины и в амниотической жидкости плода (Вальц с сотрудниками, по Цинтелю).

Мы видели, что после введения через рот весь стрептомицин выводится через пищеварительные пути, а концентрация его в крови и моче незначительна. Наоборот, при парэнтеральном введении в моче обнаруживается до 60—70% введенного вещества и только 2% выводится с фекальными массами. Следовательно, около одной трети стрептомицина, введенного парэнтерально, удерживается в организме или разрушается в нем.

Таким образом, человеческий организм переносит большие количества стрептомицина. После инъекции стрептомицин заметно концентрируется в крови и, повидимому, задерживается в ней дольше, чем пенициллин, легко диффундирует в основные жидкости организма и выводится исключительно с мочой. После проглатывания стрептомицин остается концентрированным в пищеварительном канале, стенки которого представляют для него почти непроницаемый барьер.

Несмотря на множество накопленных фактов об экспериментальных свойствах стрептомицина, до сих пор мало известно о его терапевтической эффективности для людей. Поэтому сейчас невозможно еще установить правила лечения, указать дозы и оптимальную частоту инъекций. Херрел считает, что для поддержания бактериостатической концентрации стрептомицина в крови надо впрыскивать его через 3 часа или же вливать непрерывно.

Стрептомицин отпускается в ампулах, содержащих 100 000 единиц или кратное этому количество. Раствор для инъекций, содержащий до 50 000 единиц в 1 см^3 дестиллированной воды или физиологического раствора, приготовить нетрудно. К растворам, предназначенным для внутримышечного или подкожного введения, следует добавлять 1 см^3 1% раствора новокаина.

Из предварительных сообщений о терапевтическом применении стрептомицина укажем некоторые. Рейман, Элиас и Дюрсо лечили стрептомицином 5 больных. Они применяли раствор, содержащий 50 000 единиц в 1 см^3. Трое больных получали по 2,5 см^3 через каждые три часа внутримышечно, четвертый — по 1 000 000 единиц в сутки внутривенно и пятый — такую же дозу через рот. Из четырех больных, леченных парэнтерально, у одного посевы крови продолжали давать рост микробов, несмотря на наличие в крови стрептомицина; один больной выздоравливал медленно, у двух других наблюдалось критическое падение температуры, совпадавшее с максимальной концентрацией стрептомицина в крови. *У* больного, леченного через рот, авторы не отметили никаких изменений клинической картины, кроме бактериологического улучшения испражнений.

Следовательно, стрептомицин оказывает некоторое благоприятное действие, хотя у некоторых больных его эффективность, повидимому, угнетается каким-то веществом неизвестного характера.

Фошей на конференции, недавно происходившей в Рехвей, сообщил о некоторых обнадеживающих результатах лечения небольшого количества больных туляремией.

Тот же автор получал иногда положительные результаты, иногда неудачи при лечении больных бруцеллезом. Рейман утверждает, что под влиянием стрептомицина из мочи исчезают кишечная палочка, протей и синегнойная палочка при условии, однако, что штаммы этих микробов чувствительны к стрептомицину.

Тот же автор заявляет, что ему удалось уничтожить кишечную палочку в испражнениях, но только в тех случаях, когда штамм был чувствительным к действию стрептомицина.

Херрел лечил стрептомицином несколько больных бруцеллезом, брюшным тифом, коливЬциллярной бактериемией и инфекциями, (вызываемыми бациллой Фридлендера, но полагает, что с оценкой результатов надо подождать до других клинических

наблюдений. Наконец, Рейман, Прайс и Элиас в еще не опубликованной работе сообщают о безуснешном лечении больных туберкулезным менингитом или легочным туберкулезом, а также менингитом, вызванным бациллой Пфейфера.

Выводы

Стрентотрицин представляет собой антибиотическое вещество, в эксперименте активное против инфекций, вызванных некоторыми грамотрицателышми микробами. Однако ввиду его токсичности употреблять препарат можно только местно.

Стрептомицин оказался также эффективным при экспериментальных заражениях, вызванных кишечной палочкой, брюшнотифозными и дизентерийными бацил ламп, бациллой Фридлендера, и при туляремии. Он обладает, кроме того, совершенно отчетливым угнетающим действием на туберкулезные бациллы как в опытах в пробирке, так и при заболеваниях морских свинок. Стрептомицин не токсичен для лабораторных животных и для человека. При введении его в организм в крови и других жидкостях образуются бактериостатические концентрации. Пока еще ране судить о его терапевтической ценности.

Н. И. КАЛДГУХОВ

НОВЕЙШИЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ ДЕРАТИЗАЦИИ

(Московский филиал Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова)

В годы второй мировой войны во многих странах наблюдалось массовое размножение домовых и полевых грызунов и многочисленные случаи заболеваний людей инфекционными болезнями, распространяемыми ими, в частности туляремией и лептоспирозами. В ряде районов Африки, на побережье Средиземного моря, на Дальнем Востоке и в Америке наблюдались случаи заболевания чумой» также связанные с грызунами. Естественно поэтому, что при разработке различных противоэпидемических мероприятий в дни войны большое внимание уделялось и борьбе с грызунами. При этом специфика военного времени и особенно недостаток ядов, обычно применяемых против грызунов, затруднения с пищевыми веществами для приманок и недостаток рабочей Силы часто заставляли итти в области дератизации по новым путям.

В этой статье мы хотим подвести итоги наиболее существенным успехам, достигнутым в методике борьбы с мышевидными грызунами как в нашей стране, так и за рубежом *.

Первым из достижений в области дератизации в годы войны было значительное расширение ассортимента ядов, применяемых в борьбе е грызунами. Ряд широко известных ядов, например, стрихнин и фосфор, ввиду их крайней ядовитости нельзя было применять в местах расположения воинских частей как на рубежах обороны, так и в населенных пунктах. Поэтому из ранее употреблявшихся ядов широкое применение в дни войны нашли только мышьяковистые препараты и углекислый барий.

Естественно, для расширения этого ассортимента использовали и другие яды, ранее мало или совершенно не употреблявшиеся для борьбы с грызунами, например, сернокислый таллий (1Ъ8О.|) и фосфористый цинк (2пзР»).

Сернокислый таллий издавна применялся как средство борьбы с грызунами в Германии. Фирма «Байер» еще в 20 годов текущего столения производила для борьбы с крысами, мышами и полевками два препарата: пасту Целио (2еПо Раз1е) и зерна Целио (2е!1о СПЧкбгпег). Паста Целио в тюбиках или банках представляла собой смесь жира с ядом и краской (обычно яркозелепого цвета), а зерна приготовлялись путем пропитывания пшеницы раствором сернокислого таллия, окрашенным в красный цвет.

В дни войны вследствие дефицита жиров рецептура пасты была изменены, се стали выпускать в вид желе (вероятно, па агаре) синего цвета. Все склады медицинского имущества и базы войсковых частей -германской армии в дни войны имели значительные количества пасты и зерен Целио, а по данным официального справочника о средствах борьбы с вредителями на 1944 г. (Р11ап7.еп8с1ш1г1пП1е1.уег7.е1скп18, 1944) пасту с сернокислым таллием производили и другие фирмы.

Сернокислый таллий в виде чистого препарата стали применять и в американской армии (Агту абор18 пе\у гоЦепЦсШеа, 1945; Куган, 1945), но ввиду недостатка этого яда — лишь в тех случаях, когда другие способы не давали эффекта и особенно, когда грызунов необходимо было уничтожить в кратчайший срок, а именно —

[1] Существенных изменений в технике истребления сусликов за время войны не произошло.

во время вспышек чумы. В американской армии сернокислый таллий поэтому применяется лишь с разрешения начальника медицинской службы армии. Сернокислый таллий является высокоэффективным ядом; его смертельная доза в 3 раза выше таковой стрихнина. Применение этого яда, в частности, в виде пасты Целио, содержащей какие-то вещества, привлекающие грызунов, даст весьма успешный результат в борьбе с крысами.

Чистый препарат в смеси с фаршем из конины (2п/о яда к общему весу приманки), по данным Кугана, тоже вызывает массовую гибель крыс. Успешным оказалось и применение зерен Целио против полевок. Сернокислый таллий обладает высокой токсичностью не только для грызунов, но и для человека. Поэтому применение приманок с этим ядом 'требует соблюдения необходимых предосторожностей.

Фосфористый цинк также применялся ранее лишь изредка и в ограниченном количестве, но в дни войны получил большое распространение и оказался весьма эффективным. Фосфористый цинк под действием соляной кислоты желудочного сока образует фосфористый водород, отравляющий животное. Фосфористый цинк приме-, мяли в Германии в виде зерен,, паст и порошка. Зерна препарата—ЬерИ-СИЧкотег— это зерна пшеницы, на поверхность которых лаком наклеена пудра фосфида цинка. Пасту приготовляли с синтетическим жиром, а порошок просто смешивали с любой приманкой. В годы войны фосфид цинка стали применять и в Англии, и в США (Морган, Фишер и Уотсон, 1943, Ех1сгпмпа(1оп оГ га!з апб писе, 1944, Доусон, 1944, Куган, 1945, Агшу абор(8 пе\у гобеп11с1(1е8, 1945). В официальной инструкции по борьбе с крысами и мышами, изданной министерством продовольствия Великобритании (Ех1егт1пабоп оГ га(8 апб писе, 1914), указано два рецепта смесей с фосфидом цинка: 5% с влажной сухарной крошкой (10 частей сухаря и 10 частей воды) и 3% с мукой и сахаром (9 частей муки, одна часть сахара). В США применяли двухпроцентную смесь с конским фаршем (Куган, 1945).

В СССР для борьбы с крысами успешно пользовались смесью фосфида цинка с мякишем пшеничного хлеба (Калабухов, 1946). Преимущество фосфида цинка перед многими другими ядами заключается в том, что он привлекателен даже для таких осторожных грызунов, как крыса, очевидно, вследствие выделения небольших количеств фосфористого водорода, но в то же время не столь опасен для человека, как фосфор. Так как фосфористый цинк не разлагается в присутствии влаги, приготовлять из него приманки, а также хранить и перевозить его на далекие расстояния можно без особых предосторожностей. Производство в заводском масштабе фосфида цинка у нас успешно освоено.

Наконец, в дни войны был применен совершенно новый синтетический яд—• альфа-нафтил-тиомочевина (яд № 109, или АНТУ, сокращенное американское название альфа-нафтил-тио-уреа) или «Крысид», как его назвали 'В СССР. Токсичность яда для грызунов была открыта случайно. В лаборатории известного зоопсихолога К. Рихтера при госпитале Джонса Гопкинса в Балтиморе изучали чувствительность животных к различным вкусовым раздражителям. Впервые примененный для этой цели препарат фенил-тио-мочевина неожиданно оказался весьма токсичным для крыс, несмотря на полную безвредность для людей. В результате совместной работы химиков и биологов был отобран ряд соединений, еще более пригодных для борьбы с грызунами. Среди этих соединений первое место занял препарат № 109—АНТУ. Его токсическая доза для крыс колеблется от 5 до 10 мг, для более же крупных животных, например, для кролика, требуется не менее 300 мг. Нерастворимость «Крысида» в воде позволяет смешивать его с самыми различными приманками — тестом, кашами, картофельным пюре, хлебным мякишем и т. д. Сейчас «Крысид» с успехом испытан у нас в различных условиях. В частности Центральный дезинфекционный институт Министерства здравоохранения СССР употреблял «Крысид» отечественного производства для массового истребления крыс в Севастополе.

Расширение ассортимента ядов, применяемых в борьбе с грызунами, не дало бы большого эффекта, если бы одновременно не велась работа над тем, в каких приманках и при каких условиях грызуны наиболее охотно поедают эти препараты. В этом отношении был выполнен также ряд важных исследований.

Ограниченность запасов пищевых продуктов заставила начать поиски дешевых и в то же время хорошо поедаемых приманок. В частности начали широко использовать для приманок различные отходы мукомольной и крупяной промышленности, фарш из конины (для крыс), зеленую растительность (для полевых грызунов). Одновременно улучшалась и техника приготовления приманок. Сухие приманки стали изготовлять централизованным путем, что позволило обеспечить ими многие объекты, расположенные на расстоянии десятков и сотен километров от базы. Применявшиеся до этого свежие приманки можно было использовать (особенно летом) лишь в течение весьма ограниченного срока, так как вкусовые качества таких приманок быстро портились (Айзенштадт, 1944, Калабухов, 1943, 1944, 1946). Для некоторых видов грызунов, в частности для крыс, полевок и песчанок, все же наиболее привлекательны влажные приманки, изготовленные непосредственно перед затравкой. Это установлено А. А. Пасечником (ЦНПДП) для крыс и Фалькенштейном (1935) для полевок.

В случае применения ядов, как старых, так и новых, возникает одно важное нрепятствие, мешающее успешному истреблению всех грызунов. Если часть грызунов поела небольшое количество приманки, то, испытав слабые явления отравления, они никогда больше не берут ни приманку с тем же ядом, ни даже ту же приманку без яда.

Этот факт установлен давно. Чтобы повысить эффективность дератизации, стали упорно искать пути обхода этого затруднения. Таких путей удалось наметить два. Первый — скармливание грызунам перед затравкой в течение нескольких дней неотравленной приманки. Эта мера весьма эффективна, так как грызуны, находя несколько дней подряд, в одних и тех же местах одну и ту же приманку, поедание которой в небольших количествах не вызывает у них никаких болевых ощущений, начинают поедать ее с жадностью. Следя за тем, как возрастает количество поедаемой неотравленной приманки, дератизатор дожидается дня, когда это количество становится стабильным (обычно на 3—5-й день) и тогда раскладывает эту же приманку, по с ядом. Предварительный прикорм грызунов, резко повышая эффективность дератизации \ позволяет определить количество приманки, необходимой для истребления всех вредителей.

Но так как часть грызунов и в этот день не поедает смертельной дозы и потому не погибает, для окончательного истребления их необходима повторная затравка, но уже другой приманкой и с другим ядом. При этом грызунов также приучают несколько дней к новой, неотравленной приманке. Такое сочетание периодов предварительного прикорма с последующей затравкой и сменой приманки и ядов с успехом применяется в Англии и США (Морган, Фишер и Уотсон, 1943, Даусон, 1944, Куган, 1945).

Широкое применение отравленных приманок в необычных условиях — на рубежах обороны, в продуктовых складах, в помещениях для домашних животных — потребовало соблюдения ряда предосторожностей против случайного попадания яда в пищу человека или животных. В связи с этим разработаны различные конструкции тары для приманки, начиная от простых ящичков из дерева или пустых консервных банок (Калабухов, 1943, Куган, 1945) и кончая сложной, но остроумной конструкцией ящика Р-3, предложенной английскими зоологами. Этот ящик можно устанавливать на любом объекте. Опасность высыпания отравленных приманок или выноса их из ящика грызунами исключена.

В механических способах борьбы с грызунами за время войны не произошло существенных изменений. Нужно лишь указать, что сотрудник Московской наблюдательной станции Министерства здравоохранения А. П. Кузякин предложил расставлять капканы и ловушки -с приманкой для грызунов, но в течение первых нескольких дней не заряжать капкана или ловушку, т. е. также использовал способ предварительного прикорма, резко увеличивающий поедаемость приманки. Наконец, широко распространились в дни войны простые, но эффективные способы истребления полевых грызунов в скирдах и стогах при обмолоте или перекладке (Винеблс и Лесли, 1942, Калабухов, 1943, 1944), истребление при распашке (Девис и Томас, 1941), специальная раскопка по жнитву в местах, обильно заселенных грызунами (Калабухов, 1943, 1944). Своевременное осуществление этих простых способов борьбы в сочетании с разными профилактическими мероприятиями (ограждение объектов канавами, снежными и ледяными стенками, деревянными заборами, ловчими ямами) помогали быстро предотвращать опасность распространения туляремии мышевидными грызунами.

Таким образом, в результате исследований и практических мероприятий, осуществлявшихся в дни войны в разнообразных и часто весьма трудных условиях, медицинская служба Вооруженных Сил Союза ССР и советское здравоохранение получили много хорошо проверенных, вполне надежных способов борьбы с грызунами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенштадт Д., Некоторые данные по распространению и образу жизни серой крысы лесного района Северо-Западной части РСФСР, Зоол. ж., ^4, № 82, 1945—2. Ал(и, ро^егЫ ро1зоп, 8с1еисе ГМеи^з ЬеПегз, Ос1оЬег, р. 1—2, 1945.—3. Агту адорЬ неиг годепПс1дез, ВиП. 15. 5. Агту Мед. Вер. 87, 38, 1945.—4. Соо^ап О. Ка! еоп!го1 а! Рог! Веуенз, ВиП. 15. 8. Агту. Мед. Вер. г-5, 64—71, 1945,—5. СЫЬ 1 у В, А ге1аПуе сензиз теШод 1ог Ьгоит га!з, №1иге, 150, 5и1у 11, 1942,—6. В а V 1 я В. апд ТПотаз А., СегЫПе соп1го1,ап а1д 1о р1а^ие рге^уепМоп апд сгор рпЯесНгп, Рагття ш 8ои(Н А(г1са, Мау, 1941.—7. В а у/ з о п А., Ка! дез!гисПоп, А^псиПиге 51, 5, 231» 1944.—8. В1еке 8. апд К1сЫег С., СотрагаПуе аззауз о! годепПс1дез он

[1] Способ предварительного прикорма с успехом используется для учета эффективности затравки. Определяя количество приманки, поедаемой перед затравкой, и ее же количество несколько дней спустя после обработки, можно установить, какое количество грызунов погибло (Читти, 1942, Инструкция по учету крыс Московского филиала ВМА, 1943).

ж!1д Хопуау гак, РиЫ. НеаИй. Кер. 61, 19, 1945.—9. ЕИоп СЬ., Уо1ез, инее апд ктпНпЕ®. РгоЬ1етэ 1п рори1а(1оп дупапНсв, Охкгд, 1942.—10. Инструкция но борьбе с мышевидными грызунами, ГВСУ, 1943.—11. Калабухов Н.. Ьорьба с мышевидными грызунами — основа профилактики туляремии, ВСД, № 10, 41, 1943.—12. Калабухов Н., Ьиологические основы мероприятий по борьбе с грызунами в энзоотических очагах туляремии, Зоол. жури., 23, 6,351,1444.—13. Калабухов Н., Применение фосфористого цинка в борьбе с грызунами. Фармакология и токсикология, IX, 2, 53—56.1946.—14, К е ш р е г Н., О1е Майз- инд СезипдЬеН^зсИадПп^е инд 1Ьге Векатркш^, Вег11 п, 1943.—15. Могяап М., Г1 5 К е г 3. апд \Уа1$оп Л., Кодеп! совко! ш <Ье агеа о! Ше Рог! о(Ьондоп ЬеакЪ аиШогШез, Мед ОН:с., Ли1у 31, аи§. 7, 1943,—16. Мышевидные грызуны и меры борьбы с ними, НКЗдрав СССР, 1945.—17. РПапгеп5с!1и12п1Ше1уег2е1сПп18, КекЬзапзС (йг Ьанд- инд РогзМгискаЙ, МегкЬ1аП И 8/9, Ок1оЪег, 1944.—18. К 1 с Ь 1 е г С. Р. апд Е и т 1 е и I. Т., 1п81гис0оп и51п§ АНТ11 а$ а ро15оп 1ог 1Ие соттоп Могилу га(. РиЫ. НеаПЬ Керог1з, 61, 17, 602, 1946.—19. УепаЪ1ез Ь. апд ЕезИе Р., ТИе га(апд тоизе рори1аПоп о(согп г!^кз, Лоигп. Ап1та1 Есо1о^у, 11, 1, 1942,-20. Фалькенштейн Ь., Зеленые отравленные приманки для борьбы с мышевидными грызунами. Докл. Васхнил, вып. 9—10, 1945.

Доктор мед. наук Л. М. СТАРОКАДОМСКИЙ

БОРЬБА С КРЫСАМИ В ФОРТЕ ДИВЕНС

Соо^ап С. Ь., Ка(соп!го! а! Гог! Пеуенз <ТИе ВиПеВп оГ Ше II. 8. Агнгу-Мед1са1 Пераг(теп1», 1945, № 85, РеЬг.

Автор описывает опыт дератизации форта Дивенс. Около форта находилась свалка, изобиловавшая крысами. Количество крыс определялось примерно в 5—6 тысяч штук. У 1 680 зданий форта имелись крысиные лазейки; через эти лазейки крысы, гнездившиеся на свалке, иногда проникали в здания. Чтобы предупредить широкое расселение крыс, было решено уничтожить свалку. Прежде всего построили по особому образцу и расставили в разных местах свалки 100 деревянных приманочных ящиков. Для выяснения вопроса, какую приманку крысы будут поедать наиболее охотно, в ящики в течение 3 дней подряд на ночь помещали свежую морковь, рыбу и рубленое мясо. По утрам содержимое ящиков проверяли. Охотнее всего крысы поедали мясо. Поэтому и приманки делали сначала из мяса рогатого скота, а затем из более дешевой конины. Конину крысы пожирали еще охотнее.

6 дней подряд 300 одинаковых приманочных ящиков, наполненных рубленым мясом, выставляли к ночи на свалку, а утром очищали от остатков приманки, регистрируя степень пожирания мяса. В последние дни крысы пожирали мясо почти полностью. На 7-ю ночь к 90,8 кг конского мяса примешали 908 г фосфористого цинка. На следующее утро оказалось, что крысы съели 56,75 кг приманки. Собранные трупы крыс весили от 287 до 552 г (в среднем 398 г), вес съеденной каждой крысой приманки, извлеченной из желудка, колебался от 15.5 до 42 г (в среднем 26,5 г). Смертельная доза фосфористого цинка составляет 25 мг на 1 кг веса тела, или 10—12 мг для средней крысы. Таким образом, для крысы приманка была смертельной в количестве даже только 1 г. С помощью вычислений определили, что было убито более 3 000 крыс.

Рассчитывать на успех вторичного применения такой отравы не приходилось, между тем немясную приманку крысы не поедали. Тогда снова в ящики в течение 3 дней помещали чистое конское мясо, которое крысы поедали с каждым днем все более охотно. На четвертую ночь в ящики снова положили 79,45 кг конского мяса, но смешанного с 1,59 кг сернокислого таллия. Этот сильно ядовитый тяжелый порошок сероватого цвета, не имеющий вкуса и запаха, не растворяется в воде, не разлагается, обладает кумулятивным действием. На следующий день обнаружили, что крысы съели 34 кг приманки. Летальная доза сернокислого таллия составляет 25 мг на 1 кг веса, но в то время как фосфористый цинк убивает грызуна в 4—6 часов, сернокислый таллий — лишь через 24—72 часа. Ьыло вычислено, что ядовитой приманкой с сернокислым таллием убито около 2 000 крыс и что осталось в живых лишь около 300 грызунов. Попытки уничтожить крыс посредством введения в норы порошка цианистого кальция не дали результатов, так как каждая нора имела множество выходов. Наконец, по свалке разбросали ломти хлеба, намазанные салом, смешанным с фосфористым цинком (1,8 кг сала, 360 г фосфористого цинка). На следующий день было найдено 38 трупов крыс. После этого свалку зарыли.

★

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ИО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945) (Продолжение)[1]

VI. ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

6. Переливание крови и кровозаменяющих жидкостей

Маргулис К. П., Переливание крови, донорство и санитарная оборона, Киев, 20 стр. с илл., 1941 (Киевская областная станция санитарного просвещения). Библиогр.

Марков В. П., Переливание кровив кавернозные тела, в кн. Труды эвакогоспиталей фронтового МЭП-99, № 1—2, Вопросы военно-полевой хирургии, Боровичи, стр. 382, Ц44 (ВСУ 3-го Прибалтийского фронта). Для служебного пользования.

Марчук П. Д., Про десенсиб1Л1зуючу днозогемонтрансфузй. Киев, 112 стр., 1941 (Академия УССР). Библиогр.

Махалов О. и др.. Снабжение фронта консервированной кровью, Тыл **и** снабжение Красной Армии, 4, 1944.

Медведев Б. М., Экспериментальные данные о новом заменителе крови, Здравоохранение Казахстана, 6, 1942,

Медведева Н. Б., К проблеме белковой совместимости при гемотрансфузиях, в кн. Сборник трудов, посвященный В. В. Воронину, Тбилиси, стр. 160 — 166, 1941.

МелькумянцН. Б., Внутривенное переливание жидкостей сифонными способами. Фельдшер и акушерка, 10—II, 1944.

Микеладзе П. Я., Капельная гемоклизма как метод лечения, ВСД. 9, 1942.

Микеладзе П. Я., К вопросу о методике переливания крови. ВСД, 10, 1942.

МироновЕ. Я. и РокосуевС. Г., Переливание крови в эвакогоспитале, в кн. Труды Ленинградского научно-исследовательского института переливания крови, т. IV, М., стр 135—138, 1941.

' М и х л и и Д. М., Регуляция свертывания крови и витамин Кд, Советская медицина. 5—6, 1943.

Могучий М. А., Вопросы организации переливания крови и борьбы с шоком, в кн. Сборник материалов и статей, № 2, б. м., действующая армия, стр. 73—82, 1942, Для служебного пользования.

Мон а ко в И. З., Переливание крови в условиях участка. Здравоохранение Таджикистана, 1, 1941.

Морозов Л. А., Переливание крови и кровозаменяющих жидкостей в ППГ, в кн, Вопросы переливания крови, Горький, стр. 322—326, 1944.

Мухадзе Г. М., Переливание крови, в кн. Очерки по военно-полевой хирургии, ч. I, Тбилиси, стр. 93-13', 1943.

Мухадзе Г. М., Переливание крови при гнойно-септических заболеваниях, вкн. > Труды 2-й научной конференции эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси. стр. 194—302, 1944.

Нагнибеда Н. П., Переливание крови в эвакогоспиталях, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армии, № 1, Л., стр. 70—72, 1943 (ВСУ Ленинградского фронта).

НеменовН. М., Переливание перегретой крови в условиях эксперимента, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 220-232, 1944 (Труды института клинической и экспериментальной гематологии).

Неймар к И. П.. Переливание крови в ХППГ, в кн. Сборник работ по военной медицине, Рига, стр. 119—126, 1945 (3-й Прибалтийский фронт). Для служебного пользования.

Нечаев Е. Н., Опыт массовой заготовки консервированной крови и снабжение ею действующей армии, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 9—21,1944.

Нечаев Е. Н., Организация переливания крови в Горьком (1942—1944), в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 5—12, 1941.

Нечаев Е. Н. и др.. Титр агглютининов универсального донора и устойчивость его при хранении (и УПГО. Предварительное сообщение, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 199—394, 1941.

[1] См. ,ВМЖ' № № 1-2, 3, 4-5, 6, 7-8, 9, 10 и 11, 1946.

Николаев Г. Ф., Методика капельных подкожных вливании растворов для лечебных учреждений войскового и армейского районов, в кн. Материалы 9-го пленума УМС 1-го Прибалтийского фронта, М., стр. 63—64, 1944 (ВСУ 1-го Прибалтийского фронта) Для служебного пользования.

Николаева В. П., Переливание к^ови в Ы-ском эвакогоспитале, в кн. Сборник научных работ М-ского эвакогоспиталя, Горький, стр. 57 - 66, 1943.

Обмороки у доноров, Реферат. Врачебное дело, 5—6, 1945.

Овчинников В. В., Биохимические изменения консервированной крови в различные сроки хранения. Белковые фракции, полипептиды и остаточный азот магнезиальной крови. Медицинский бюллетень, 5, 1942 (Иркутский медицинский институт).

Ознобищев В.. Переливание крови, За оборону, 5-6, 1944.

Павленко С. М., Переливание малых количеств крови совместно с большими объемами физиологической жидкости (комбинированная гемотрансфузия) при массивных кровоизлияниях. Хирургия, 4, 1943.

Панкратьев Б. Е., Ампульная система переливания крови, Самарканд. 62 стр. с илл., 1941 (Труды Самаркандского филиала Узбекистанского института переливания, крови, в. 1). Библиогр.

Парийская Н. П., Морфология лейкоцитов консервированной крови, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр 101 —119, 1941.

Парменов В. П., Хранение консервированной крови, Советская медицина, 19_9<Х 1941.

Парой ян Г. Л., Хранение крови в полевых условиях жаркого климата, в кн. Сбо"ник научных трудов, Ереван, стр. 227— 228, 1944 (Ереванский медицинский институт, факультетская хирургическая клиника'.

Пеоеливание крови, Сборник работ Архангельской областной станции переливания крови, Архангельск, Облиздат, 15^ стр. с илл., 5941.

Переливание крови в клинике внутренних болезней и роль его в военной обстановке. Клиническая медицина, 19, 9, 1941.

Переливание крови (программная тема), Новый хирургический архив, 49, 1—2, 1941.

Переливание крови и кронозаменяющих растворов при ранениях, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 295, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Петров Б. А.. Двенадцать лет переливания трупной крови, в кн. Анналы института Склифосовского, т. 3, кн. 1, М.. ст\ 130—136, 1942.

Петров Б. А., Переливание плазмы и эритроцитов, Хирургия, 11, 1944.

Петпов Б. А.. Переливание эритроцитов, в кн. Труды 2-й научной конференции врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 312—314, 1944.

Петров Д. Г.. Служба крови в ППГ и роль медицинской сестры в ее организации, Медицинская сестга, 11-12. 1943.

Петров И. Р.. Некоторые соображения и возражения по поводу статьи п^оф. Павленко, Переливание малых количеств крови совместно с большими объемами физиологической жидкости, Хирургия. 4, 1943; 1, 1944.

П е т р о в П. Р., О лечении острой кровопотери кровозамещающими жидкостями, Хирургия, 1(\ 1943.

Петров И. Р., Острая кровопотеря и лечение ее кровозамещающими жидкостями (экспериментальные исследования), Л., 172 стр., 1945 (ВМА Красной Армии им. С. М. Кирова).

Петров И. Р. иГугел ь-М о р о з о в а Т. П., О лечении острой кровопотери вливанием кровозамещающей жидкости, ВСД, 6, 1942.

Петпов И. Р., Веселкин П. Н., О сравнительной терапевтической ценности крово- и плазмозамепяющих жидкостей Петрова, Сельцовского и серотрансфузина, ВСД, 8-9. 1943.

Петровский Б. В., Капельные переливания крови. Советская медицина 4, 1941.

Петровский Б. В., Переливание крови в общую сонную артерию, Хирургия, 4,1943.

Петушков В. Н. и др.. Наш метод транспортировки консервированной крови, Госпитальное дело, 4—5, 1945.

Показания и противопоказания к переливаниюк-ови, в кн. Сборник инструктивно-методических материалов по работе эвакогоспиталей, в. '8, М., стр. 18—27,1944.

Показания и техника переливания крови. Осложнения, М, Медгиз, 7 сто., 1942 'Главное уд авление эвакогоспитале"' НКЗдрава СССР); в кн. Вопросы военной терапии, Новосибирск, стр. 257—291, 1943; В помощь лечащему врачу, М.—Казань, стр. 130—1-44, 1942; Фельдшер и акушерка, 10, 1942.

Положение о донорах Красного креста и Красного полумесяца. М., 4 стр., 1941.

Получение и сохранение крови для переливания, в кн. Сборник инструктивно-методических материалов по габоте эвакогоспиталей, в. '8. б. м,, ст^. 3—9, 1944.

Попов* В А.. Изменение содержания глюкозы, молочной кислоты, амилазы и каталазы в крови, консервированной сернокислым магнием при хранении, Медицинский бюллетень, 5, 1942 (Иркутский медицинский институт).

Попова Р. Р., Повторные переливания крови одному и тому же реципиенту и наилучший интервал между ними, в кн. Труды 2-й оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. ЮЗ—Ю7, 1942.

Попова Р. Р., Трансфузия консервированной и транспортировочной крови, в кн. Труды оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. ЮЗ—107, 1942.

Поповьян И. М. и Котельников Н. М., Переливания крови в Ь'-ской армии, ВСД, 8, 1942.

Поповьян И. М., Лечение травматического шока, ВСД, 4, 1943.

Парфенчик Ю. С., Усовершенствование аппарата для переливания крови, Военно-морской врач, 4, 1942.

Постников В. А., К вопросу о методике и технике консервирования и хранения крови, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 92—3б, 1944.

Протоколы 5-й научной конференции на тему «Переливание крови и кровозаменяющих растворов при ранениях", в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 57-70, 1942.

Протоколы 6-й научной конференции на тему «Консервирование крови", в кн. Научные труды, т. 5, Л., стр. 137—141, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Протоколы 7-й научной конференции на тему «Переливание крови в сочетании с другими методами лечения при дистрофиях и авитаминозе", в кн. Научные труды, т. 5., Л., стр. 250—258, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Пунин Б. В., Протоколы 6-й научной конференции на тему «Консервирование крови", 20.71.1942, в кн. Научные труды, т. 5, Л., стр. 137—141, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Пятницкий Н. П., Аппараты (№ 1, 2, 3) для капельного переливания крови и лечебных жидкостей, Госпитальное дело, 4—5, 1944.

Рабинович Н. Г., Переливание крови в терапевтической практике, в кн. Труды 2-й терапевтической конференции РЭП-95, Вологда, стр. 308—378, 1943.

Радушкевич В. П., Внутриартериальное переливание крови при необратимой форме шока и кровопотере, Хирургия, 8, 1944.

Райгородский И. Д., Роль бактериальных факторов в реакциях организма и осложнениях после переливания крови, Хирургия, 9, |94о.

Ратнер Г. Б., О количестве ретикулоцитов у доноров, Клиническая медицина, 1—2, 1942. •

Рекщинская О. П,, Опыт использования плацентарной крови для переливания, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр." 14а—154, 1941.

Рогожина К. П., К вопросу о переливании холодной консервированной крови. Советское здравоохранение Туркмении, 2, 1У42.

Розенберг Г. Я., Получение и изучение сухой сыворотки и плазмы, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 77—91, 1944.

Р о ф а л ь к е с С. В., Опыт организации и работы пункта переливания крови в периферийном госпитале, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. Зоо—339, 1944.

Рубинштейн Д. Л., и др., Изменение осмотической и сапониновой резистентности в ходе консервирования крови. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 4—5, 1944.

С а з о н т о в В. П., Применение транссудата как кровозамещающей жидкости при лечении больных и раненых, в кн. Военно-медицинский сборник № 1, М,—Л., стр. 149—159, 1944; Вестник хирургии им. Грекова, 63, 1943.

Самцов В. А., О роли некоторых эндогенных факторов в возникновении реакций при переливании крови (экспериментальные исследования), Дисс. ВМА, Уфа, 163 стр. с илл., 1944.

С а р у х а н я н В. О., О капельном переливании крови, Известия Ереванского медицинского института и медицинского общества Армении, 1—2, 1944. Библиогр.

Сафарян А. А., О некоторых биохимических и морфологических изменениях в консервированной крови больных малярией, в кн. Сборник научных трудов, Ереван, стр. 23—42, 1944 (Ереванский медицинский институт. Факультетская хирургическая клиника). Библиогр.

Сафарян А. А., Сернокислая магнезия как стабилизатор крови, в кн. Сборник научных трудов, Ереван, стр. 158—165, 1944 (Ереванский медицинский институт, Факультетская хирургическая клиника).

Сельцовский П. Л., Несколько замечаний по технике переливания крови, Советская медицина, 19—20, 1941.

Сельцовский П. Л., Спиртово-глюкозо-солевая жидкость ЦИПК, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М-, стр. 74—77, 1944.

Сельцовский П. Л., Транспорт крови. Хирургия, 3, 1941.

С ено ко В. М., Опыт организации переливания крови в войсковом районе (в условиях активной обороны), ВСД, 1, 1943.

Сенчило Е. А., Гипертония среди доноров, в кн. Гинертонические болезни,. Л., стр. 104 — 110, 1944.

Сергеева В. Н., Бактериальное загрязнение консервированной крови, в кн. Труды оборонной республиканской сессии Туркменского научно-медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 98—103, 1942.

Сергеева В. Н., Переливание консервированной крови длительных сроков хранения, в кн. Труды 2-й оборонной республиканской сессии Туркменского научно-медицинского общества, Ашхабад, стр. 74—77, 1944.

Симаков П. В., Температурные коэфициенты пероксидазы консервированной крови, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 3—4, 1942.

Симонов С. М,, Переливание крови (по материалам медсанбата), ВМЖ, май, 1944.

Симонов Е. П., Переливание крови и кровозаменяющих растворов при военно-полевых травмах, в кн. Научные труды, т. 5, Л., стр. 17—23, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Скворцов А. П., Техника определения групп крови со стандартными сыворотками и ошибки, возможные при этом, Медицинская сестра, 5—6, 1942.

Скундина М. Г., Переливание крови в военной обстановке, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени, М. стр. 80—88, 1942.

Слепакова Ц. 3., Переливание крови в практике эвакогоспиталей, Ташкент, Госиздат, 28 стр., 1944. Библиогр.

Слободской А. Л., Переливание крови. Справочник, Харьков, 67 стр., 1945 (Украинский институт неотложной хирургии и переливания крови). Для служебного пользования.

Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19—21, М.—Горький, Медгиз, 1944; в. 19—111 стр.; в. 20—21—2"2 стр. (Центральный ордена Ленина институт гематологии и переливания крови НКЗдрава СССР).

Советов Н. В., К вопросу об определении степени гемолиза в консервированной крови, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 250—251, 1944.

Со в е т о в Н. В., Наблюдение за глюкозоцитратным методом консервирования крови, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 145 — 148, 1941.

Сцгомонян В. С., О капельном переливании крови, в кн. Сборник научных трудов, Ереван, стр. 119—125, 1944 (Ереванский медицинский институт. Факультетская хирургическая клиника). Библиогр.

Соколов М. В., Морфологическое направление в изучении групповых реакций крови, в кн. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской АССР, т. I, Махач-Кала, с 1р. 43—51, 1943.

Соколов М. В. иБурнакинП. Е., Об опасности воздушной эмболии при взятии крови, Советская медицина, 1—29, 1915.

Соколов О. А., О посттрансфузионном шоке, Военно-морской врач, 4, 1944, в кн. Информационный бюллетень № 7, Сборник работ по военно-полевой хирургии, стр. 142—154, 1944.

Соловьев а Т. Г.. Организация массового определения групп крови у доноров двойной реакцией, в кн. Труды Ленинградского научно-исследовательского института переливания крови, т. IV, М., стр 57—61, 1941.

Соловьева Т. Г., Проба на совместимость с кровью универсального донора, Хирургия, 2, 1941.

Спасокукоцкий С. И. иФиногра д-Ф и и к е л ь Ф. Р., Анализ причин посттрансфузионных смертельных осложнений и их профилактика, Хирургия, 1, 1941.

Спиридонов А. Н., Вопросы переливания крови, поставленные акад. С. И-Спасокукоцким, их разрешение и применение в хирургической практике, Хирургия, 10, 1944.

Ставицкий, Указания по переливанию крови, в кн. Труды лечебных учреждений 4-го Украинского фронта, № 4, Вопросы частной военно-полевой хирургии, Курск, стр. 11—13, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта).

Степанова А. А., Техника переливания крови, Фельдшер и акушерка, 9,1941,

Степная А. А., Хранение консервированной крови при разных температурах в условиях жаркого климата Туркмении, в кн. Труды 2-й оборонной республиканской сессии Туркменского научно-медицинского общества, Ашхабад, стр. 68—73, 1944.

С ы зга но в А. Н., О заменителе крови, Госпитальное дело, 10, 1942; Здравоохранение Казахстана, 6, 1942.

Струкова Э. П., Бактерицидность консервированной крови и стерилизующих ее растворов, в кн. Научные труды, т. 5, Л., стр. 97—107, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Телятников С. И. и др., К вопросу о трансфузии неподогретой крови. Здравоохранение Казахстана, 6, 1942.

Теплякова А. С, Опыт работы по сбору и переливанию плацентарной крови. Вопросы материнства и младенчества, 7—8, 1941.

Техника переливания крови, в кн. Сборник инструктивно-методических материалов по работе эвакогоспиталей, в. 18, М., Медгиз, стр. 9—13, 1944.

Тихомиров И. В., К вопросу о переливании иеподогретой и холодной крови при капельном и цитратно-консервированном способе, Советская медицина, 17—18, 1941.

Токарев В. Т., Походный штатив для крепления банки и ампулы при переливании крови, в кн. Сборник рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП-122 и фронтового МЭП-9', б. м., стр. 29, 1945.

Трутень П. И., О переливании смешанной крови. Врачебное дело, 2, 1941.

Тюшкевич 3. Г., Переливание крови в ППГ ВМА им. С. М. Кирова, в кн. Труды Военно-медицинской академии, т.' 29, Л., стр. 41—48, 1941.

Уринсон Р. М., Изучение трудно определимых групповых свойств крови, Хирургия, 1—2, 1942.

Успенский Ю. П., Опыт переливания „сытой* крови в целях стимуляции -организма, в кн. Сборник работ по военной медицине 3-го Прибалтийского фронта, б. м., стр. 127-133, 1949.

Уход за больными после переливания крови и борьба с посттрансфузионными осложнениями, в кн. Сборник инструктивно-методических материалов по работе эвакогоспиталей, в. 13, М., Медгиз, стр. 13—14, 1914.

Федоров И. П., Очерки по переливанию крови, Л., ВММА, 139 стр. с илл., 1945 (Медико-санитарное управление ВМФ ВММА).

Федоров Н. А. и др.. Водный обмен после переливания изогенной КРОВИ, в кн. -Современные проблемы гематологии л переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 176—192, 1944 (Труды института клинической и экспериментальной гематологии).

Федоров Н. А., Основные вопросы биологии переливания крови, Успехи современной биологии, 16, 2, 1943.

Федоров Н. А. и др., Длительность циркуляции белков перелитой крови в -сосудах реципиента, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 193—202,^1944 (Труды института клинической и экспериментальной гематологии).

Федоров Н. А. и др., Изучение новых кровозаменяющих растворов, Сообщение 1, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 19, М., стр. 49—54, 1944. Библиогр.

Федоров Н. А. и др., Новые кровозаменяющие растворы, в кн. Экспериментальная медицина, М., стр. 90—102, 1944.

Филатов А. Н., Кровозаменяющие растворы, их приготовление и применение, Л., Медгиз, 158 стр. с илл., 1944. Библиогр.

Филатов А Н., Показания к переливанию крови, в кн. Лечение ранений на войне, изд. 6, Л., стр. 214—227, 1942; Лечение военных ранений, Л., стр. 211—224, 1945.

Филатов А. Н., Организация заготовки консервированной крови для действующей армии, в кн. Труды Ленинградского научно-исследовательского института переливания крови, т. IV, М., стр. 64—76, 1941.

Филатов А. Н., О приготовлении растворов, применяемых при переливании крови, а также кровозамещающих растворов, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 275—296, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови.

Филатов А. Н.. Показания к переливанию крови, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 211—229, 1945.

Филатов А. Н. и др.. Новые методы закрытого способа консервации крови, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 74—95, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

• Филатов А. Н. и др., Памятка по переливанию крови, Практическое пособие для врачей и медицинских сестер, Л., Медгиз, 31 стр. с илл., 1941.

Фомин Н. Н , Новая проба на индивидуальную совместимость, Хирургия, 7,1944.

Фридман Л. М. и Одишвили Г. М., Значение и оценка существующих методов реакции на индивидуальную совместимость. Хирургия, 2, 1941.

Хавкин Л. С., 149 внутриартериальных переливаний крови Госпитальное дело, 12, 1944.

Х а н и и Л. А., Мягкая система для переливания крови в войсковом районе, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 20—21, Горький, стр. 294—297, 1944 (Труды института клинической и экспериментальной гематологии).

Х а и и и Л. А. и др,, Переливания крови при проникающих ранениях грудной клетки, Советская медицина, 2—3, 1943.

Харюкова Л. А., Опыт применения длительных внутривенных капельных вливаний в условиях госпитальной базы фронта, в кн. Труды эвакогоспиталей фронтового МЭП-9 , Ле 1-2, Боровичи, стр. 14—17, 1944 (ВСУ 3-го П| ибалтийского фронта).

Хургин М. П., Переливание крови как ценнейший терапевтический метод при заболеваниях внутренних органов в условиях эвакогоспиталя, в кн. Вопросы военной терапии, Новосибирск, стр. 87—94, 1943.

Цукерман М. А., Опыт организации переливания крови в войсковом и армейском районах, ВСД. 5 6, 1943.

Черномордик П. М. и Малышева Т. С., Переливание крови при иолиоыиэлите, в кн. Терапия нервных болезней, Л,, стр. 112—117, 1941. Библиогр.

Чечулин А. О., Переливание массивных доз крови в войсковом районе, в кн. Труды Ленинградского научно-исследовательского института переливания крови, т IV, М., стр. 122—127, 1141.

Чу валова М. Т., Консервация крови с добавлением белого стрептоцида, Госпитальное дело, 1-2, 1945.

Чуканова 3. И., Влияние переливания крови на функциональное состояние здоровых почек, Клиническая медицина, 7, 1942.

Чумбуридзе С. Г. и Топурия 111. Р., К вопросу о причинах шока после гетеротрансфузии, в кн. Сборник трудов, посвященный В. В. Воронину, 1билиси, стр. 337—341» 1941. Библиогр.

Шамов В. Н., Итоги разработки вопросов переливания крови в СССР за 25 мет, Хирургия, 11—12. 1912.

Шамов В. Н., Переливание крови в клинике внутренних болезней, в кн. Труды 1-й терапевтической конференции, Горький, стр. 313—350, 1943.

Шамов В. Н., Переливание крови в клинике внутренних болезней, Советская медицина, 19-20, 1941.

Шамов В. Н., Переливание крови—на службу Красной Анмии, в кн. Труды Ленинградского научно-исследовательского института переливания крови, т. IV, М., стр. 19—29, К 41.

Шапиро В. М.» Влияние антимиэлоидной цитотоксической сыворотки на репарацию красной крови в условиях острой кровопотери, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в. 2о—21, Горький, стр. 276—284, 1944 (Труды института клинической и экспериментальной гематологии).

Шарл-овская А. В., Модификация реакции Клеменса на индивидуальную групповую совместимость крови донора и реципиента, в кн. Сборник трудов хирургической клиники, Новосибирск, стр. 27—^0 1942 (Труды Новосибирского государственного института усовершенствования врачей).

Шерман С. И. и Пешкова Л. Я., Влияние различных температур на морфологический состав и стойкость эритроцитов консервированной крови, в кн. Научные труды, т. V, Л., стр. 86—96, 1943 (Ленинградский научно-исследовательский институт переливания крови).

Шишкова В. Н., К вопросу о применении консервированной плацентарной крови в зависимости от условия ее транспортировки, в кн. Сборник работ по акушерству и гинекологии, стр. 214—219, 1944.

Шкловский Д. Е., Три случая внутриартериального переливания крови при шоке, Хирургия, 6—7, 1941.

Ш у р Е. П.» Переливание охлажденной крови при кровопотере и травматическом шоке, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, в 20—21, Горький, стр. *24* —242, 1944.

Шутова В. И. и Радуш кевич В. П., Из опыта переливания крови при лечении травмы военного времени и их осложнений в госпитале глубокого тыла, Хирургия, 7, 1943.

Эфендиев Ф., Переливание крови и донорство, Баку, 30 стр., 1942.

Юдин С. С., Пояснение к применению набора для капельных вливаний, М., 24 стр. с илл., 1942.

Юдина Е. А., Осмотическая резистентность эритроцитов консервированной плацентарной крови, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 119—124. П41.

Янов П. М., Аппарат для капельных переливаний крови и кровозамещающих жидкостей, в кн. Сборник рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭН-122 фронтового МЭП-99, 6. м., стр. ГО—88, 1945.

Ясевич В. К., Переливание крови на этапах эвакуации войскового района, Советское здравоохранение Узбекистана, 1, 1941.

7. Шок

Альпери Д. А. и Бергер Э. Н,, Действие мезофизина при травматическом шоке, Клиническая медицина, 21, 9, 19 43.

Антисептика, асептика, обезболивание, переливание крови, шок, Тбилиси, Грузмедгиз, 131 стр., 1943.

Аршавская Э. П., К механизму образования травматического шока в раннем возрасте, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 18, 1944.

Асратян Э. *А*, Новый способ лечения травматического шока, ВСД, 8—9, 1943; в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 61—77, .9-3 (САВО).

Асратян Э. А., Новое в'профилактике и терапии шока, в кн. Экспериментальная медицина, М.» стр. 54 — 60, 1944.

Асратян Э А., Очерки по этиологии, патологии и терапии травматического шока, М., Медгиз, 175 стр с илл., 194 >. Библиогр.

А с р а т я н Э. А., Сонная терапия травматического шока, в кн. Военно-медицинский сборник, 2, М. — *Л.,* стр. 32—60, 1943. Библиогр.

Б а бу к В. В. и Э Д., Изменения электролитов К и Са в сыворотке крови и хлоридов крови при травматическом шоке и кровопотерях (коллапсе), Новый хирургический архив, 49, 3, 1941.

Б а н а й т и с С. М., Клиника, патогенез и организация лечебно-профилактических мероприятий при шоке на различных этапах эвакуации, в кн. Труды о-го пленума Ученого медицинского совета при начальнике Главного Военно-санитарного управления Красной армии, М., Медгиз, стр. 38 — 50, 1942. Для служебного пользования.

Б а р е н б а у м М. А., Клиническая картина шоковых состояний, в кн. Труды группы № 1 по изучению шока, 6. м., действующая армия, стр. 25 — 56, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта .

Баренбаум М. А., Лечение военного травматического шока, в кн. Труды группы № 1 по изучению шока, б. м., действующая армия, $_{к}$стр. 319 — 363, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

Белоусов А. Г., Лечение шока в войсковом районе непосредственным воздействием на вегетативные центры, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 15— 17, 1944.

Беркович Е. М., Опыт лечения травматического шока методом непосредственного химического воздействия на вегетативные центры в медико-санитарном батальоне, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 1—2, 1944.

Беркович Е. М., Опыт применения метода акад. Л. С. Штерн для лечения травматического шока в медико-санитарном батальоне БІ-ского фронта, Хирургия, 7, 1944.

Благодетелев В. П., Шок по материалам 1Ч-ского ППГ 1-й линии, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, М., стр. 39—42, 1943.

Бондарев, Помощь прн шоке в полку, в кн. Труды 1-й конференции хирургов Северо-Кавказского фронта, Сочи, стр. 121—124, 1943. Для служебного пользования.

Боровская В. М., Изменения крови прн военно-травматическом шоке, в кн. Труды группы № 1 по изучению шока, б. м., действующая армия, стр. 123— 150, 1945; Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 19, 1945.

Боровская В. М., Изменения мочи при шоковых состояниях, в кн. Труды группы № 1 по изучению шока, б. м., действующая армия, стр. 171—174, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

Бурденко Н. Н., К учению о шоке (вступительное слово), в кн. Труды 6-го пленума Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной армии, М., стр. 30—38, 1943. Для служебного пользования.

Венцов Ф. Я., Реннфузия при шоках и острых анемиях, в кн. Сборник работ по акушерству и гинекологии, М., стр. 225—229, 1944.

Веселкин П. Н., О лечебном и профилактическом применении бромистого натрия при экспериментальном травматическом шоке, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 15, 1943.

Вишневский А. А., Местная анестезия и новокаиновый блок как средство предупреждения и борьбы с шоком, в кн. Труды 6-го пленума Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии, М,, стр. 50— 55, 1943. Для служебного пользования.

Вишневский А. В., Шок как нервно-дистрофический комплекс. Новый хирургический архив, 1—2, 1941,

Воронцов В. М., Опыт лечения шока по методу акад. Штерн, в кн. Опыт лечебно-эвакуационной работы войскового и армейского районов, б. м., действующая армия, стр. 80—81. 1944 (Санитарный отдел Г^-ской армии 1-го Украинского фронта). Для служебного пользования.

ГармашеваН. Л. и Ла пи цкий Д. А., О действии постоянного тока при шоковых состояниях. Реферат, в кн. Научная работа за 2 года, Киров, 1943.

Герчикова К. А., Изменение состава крови при различных видах травматического шока, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 15, 6, 1943.

Глдииский А. Н., К вопросу о травматическом шоке при проникающих ранениях черепа, в кн. Сборник работ по военной медицине 3-го Прибалтийского фронта, Рига, стр. 160—174, 1945.

Голиков Н. В., О функциональных изменениях нервной системы при развитии шоковых состояний, в кн. Ученые записки, Л., стр. 113—131, 1945 (Ленинградский университет. Серия естественных наук, в. 2). Библиогр.

Гордиенко А. Н., Изменение крови при ожоговом шоке, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 4—0, 1945.

Гордиенко А. Н. и др., К патогенезу травматического шока, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 19, 1943.

Гориневская В. В., Шок и борьба с ним на этапах эвакуации, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного времени, М., стр. 55—67, 1942.

Горчаков А. Н, Применение сыворотки крови больных гипертонией- при шоке, Сообщение 1, Врачебное дело, 3—4, 1945.

Грейман А. А., Материалы к вопросу о коллоидоклазическом шоке, в кн. Труды Казанского государственного медицинского института, в. 1, Казань, стр. 49—53, 1943.

Г у г е л ь-М о р о з о в а Т. П., Лечение травматического шока по м етоду проф. И. Р. Петрова, Клиническая медицина, 21, 1943.

Гугель-Морозова Т. П., О частоте шоковых состояний па ДМП по материалам некоторых боевых операций 1-го Украинского фронта, в кн. Труды группы № 1 по изучению шока, б. м., действующая армия, стр. 18—25, 1945 (ВСУ 1-го Украинскго фронта).

Гугель-Морозова Т. П., Опыт комплексного изучения шоковых состояний у раненых в войсковом районе, в кн. Труды -труппы № 1 по изучению шока, б. м., действующая армия, стр.)1—18, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

Гуляев А. В., Циркуляция крови при травматическом и операционном шоке, Хирургия, 2, 1941.

Дальнейшие изыскания о свойствах „гипертонической' сыворотки, Сообщение VII, Коган-Ясный В. М., К вопросу о лечении шока переливанием цельной крови и сыворотки больных гипертонией, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1—2, 1У42.

Данович Ф. М.. Конференция по шоку, Военно-морской врач, 3, 1944.

ДервизГ. В., БулановаС. Н. и Степаненко А. Г., Газы крови при травматическом шоке и влияние на них трансфузии крови, Клипическая медицина, 21, 1943. Библиогр.

Дервиз Г. В., Буланова С. Н. и Степаненко А. Г., Дыхательная функция крови при шоках различного происхождения и острой кровопотери, в кн. 1-я сессия Московского общества физиологии, биологии и фармакологии, М., 1941.

Дмитриев В. Б., Профилактика и лечение шока в МСБ, в кн. Труды 6-го пленума Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии, М.. Медгиз, стр. 61 —71, 1942. Для служебного пользования.

Дунье М. В., Сравнительная оценка действия субокципитального введения фосфорнокислого калия и кофеина при шоках, Хирургия, 12, 1941.

Еремин П. А., Борьба с шоком на ДПМ, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 3, М., стр 18—20, 1943.

Зайцев М. Г., Массивные внутривенные капельные вливания в борьбе с шоком и интоксикацией, в кн. Труды госпитальной хирургической клиники Свердловского медицинского института, Свердловск, стр. 231—2о4, 1941.

Игиатьев'А. Д., Из опыта борьбы с шоком на катерах, Военно-морской врач, 3, 1944.

Ильченко П. Я., О лечении травматического шока субокципитальным введением противошоковой жидкости акад. Штерн в ДМГ и ППГ 1-й линии, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 3, М., стр. 24—28, 1943.

Иткин С. И., Проницаемость гистогематических барьеров при шоке, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 3, 1943.

Казанский В. П., Переливание крови при травматическом шоке, Советская медицина, 17—18. 1941, в кн. Современные проблемы гематологии и переливания крови, 20—21, Горький, стр. 46—57, 1944 (Труды института клинической и экспериментальной гематологии).

Каминер Л. Н., Некоторые данные о патологической анатомии шоковых состояний, в кн. Труды группы № 1 по изучению шока, б. недействующая армия, стр. 309—319. 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

Каспар, Организация борьбы с шоком (на малой земле), в кн. Труды 1-й конференции хирургов Северо-Кавказского фронта, Сочи, стр. 145—150, 1943. Для служебного пользования.

К ев дин Н. А., Об осмотерапии и о применении гипертонической плазмы при шоковом состоянии после кровопотерь, в кн. Труды оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и госпитального советл НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 89—96, 1942.

Кенион В., Проблема шока (избранные статьи), М,—Л., 116 стр., 1943 (Академия наук СССР).

Клетский и др., Прения (по вопросу о шоке), в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 1, М., стр. 57—88, 1943.

Кова нов В. П., Моторная функция кишечника при наркозах (гексенал, овертин, эфир). Хирургия, 1, 1941.

Конради Г. П., О возможности устранения шока путем артериальной инъекции хл ристого натрия, в кн. Труды Военно-морской медицинской академии, в. 1, Л., 1944.

Коровин А. С., Новокаиновая блокада в комплексе противошоковых мероприятий, Военно-морской врач, 2, 1945.

Королев В. А., К лечению травматического шока (при размозжениях конечностей), переливание крови, плазмы и сыворотки, в кн. Современные проблемы переливания крови, в 20 — 21, Горький, стр. 58—71, 1944 (Труды института клинической и экспериментальной гематологии).

Корчил Е. В., Травматический шок и его лечение, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, 20 стр, 1942.

Куклин Н. В., Изменения крови у раненых при шоковых состояниях, в кн. Труды группы № 1 по изучению шока, б. м., действующая армия, стр. 151—167, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

Лазовский Ю. М. и Снеса рев П. Е., Патологическая анатомия военно-травматического шока, в кн. Труды грунны № 1 но изучению шока, б. м., действующая армья, стр. 2ь1 — 3< 6, к 45 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

Ланг Г. Ф., Травматический шок, Клиническая медицина, 5—6, К42,

Ланг. Г. Ф., Шок и коллапс; острая сосудистая недостаточность, в кн. Труды научной конференции терапевтов, б. м, стр. 1б—23, 1942.

Лангер П. М, О некоторых положительных и отрицательных свойствах дикаина, Казанский медицинский журнал, 2, 1941

Ланцман М. И., Предварительные итоги работы фронтозой противотанковой бригады, в кн. Труды 1-й конференции хирургов Северо-Кавказского фронта, Сочи, стр. 161 —1СЗ, 194а. Для служебного пользования.

Леонтьев И. Ф., 1намин и шок, Природа, 5-6, 1944.

Лепукалп А. Ф., Материалы к учению о травматическом шоке. Диссертация докторская, М, 324 стр. с илл., 1ь44 (1-й Московский ордена Ленина медицинский институт), библиогр. Отпечатано на машинке.

Ленукалп А. Ф., Новое о механизме действия интравенозных капельных вливаний на повышение сосудистого тонуса при лечении шока и других тяжелых состояний в хирургической клинике. Хирургия, 2 3, 1943.

Ленукалп А. Ф., Советские шоковой комиссии ученых медицинских советов-НКЗдрава СССР и Главного военно-санитарчого управления Красной Армии 22—24 мая 1944 г.. Хирургия, 1, 1945.

Лернер А. Л.. Шок при огнестрельных рачениях конечностей, по материалам К-ского МСЬ, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 3, стр. ;9—38, И43.

Лечение раневого шока. Инструкция, составленная в 1941 г. в сотрудничестве с Санитарной частью английской армии. Военно-морской врач, 4, 1942.

Любарский С. Р., О работе шоковой бригады на Северо-Западном фронте, в кн. Труды 6-го пленума Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-санитарного управления Красной Армии, М., Медгиз, стр. 5.1—61, 1943. Для служебного пользования.

Продолжение следует

*

КРАТКИЙ ОБЗОР СОДЕРЖАНИЯ ЖУРНАЛОВ:

I. Тйе МПИагу Биг^еон, УС1. 96, № 4—6, ярг11-]ипе 1945 (Военный врач (США)], № 4 — 6, 1945 г.

№ 4, а п р с л ь

V. Н. 01е12. Новый технологический процесс изготовления наружных протезов. Стр, 293 — 3<-3, 11 рис.

Детальное описание процесса изготовления из акриловой смолы (метил-метакргыат. люцит, плексиглас) протезов ушной раковины.

К. Каида II. Лабораторное исследование молока и молочных продуктов по способам, указанным санитарным управлением армии (США). Стр. 3о8—310.

Краткие указания на значение методов: счета колоний, определения бактерий кишечной группы, пробы на фосфатазу, непосредственного микроскопирования и пробы на восстановление метиленовой синьки.

УМ. А. НагдепЬегбег. Организация санитарно-технической работы за морем. Стр, 314 — 316.

Н. М О 1 д. Санитарные инженеры службы общественного здравоохранения США Стр. 316-3 О.

1<[аткий очерк возникновения и развития санитарно-инженерной службы и се деятельности в мирное и военное в,.емя.

18. 1еИгеу Пенициллин в' военной хирургии. Стр. 320—322.

Краткий общий очерк успешного применения пенициллина в хирургии; приведен один случай.

А. V/ а 1 Ь а и п. Английские медицинские исследования в авиации. Стр. 322—325.

Тй. Р. Гох. Зубоврачебная служба в постоянных военных госпиталях. Стр. 328— 334.

Очерк организации зубоврачебной службы.

С. Г. Кгапп. Зубоврачебная служба в армейском лагере. Стр. 334—336.

Краткий очерк организации и деятельности зубоврачебной службы в армии США.

\^ . В*. Н а г г е 1 1 а. К. О. 1 I к о п. Прободение пептической язвы в войсках США в Панаме. Стр. 36 342. Приведена литература (4 номера).

Подробное сообщение о 10 случаях и ободения язвы желудка; в 9 случаях операция произведена до 'истечения 6 часов, в одном случае — через 33 часа. Все выздоровели.

А. 1. Пуег. Питание в армии. Стр. 342—344.

Краткий очерк общего характера.

5. ЗсЪегНз. Синдром Лёфлера — эозинофильная нневмония. Стр. 319—35 ,* *3* рис. Приведена литература (9 номеров).

Клиническое описание одного случая.

Е. В. Гу 5он. Применение четверть-тонного стального нарома в качестве лодки. Стр. 354.

Описание приспособления парома для перевозки через реку носилочных и ходячих раненых.

И. О г е е п (I е 1 д. Солнечные ожоги губ в тропиках. Стр. 325.

Краткая заметка о лечении таких ожогов.

1 Ь. Ваги е г. Просвечивающий экран простого устройства. Стр. 355 — 356.

Описание простого экрана, полезного для демонстрации рисунков и пр. при лекциях.

Н. Андге. Изготовление гипсовых бинтов. Стр. 356-359, 6 рис.

Описание специального приспособления и техники изготовления гипсовых бинтов

№ 5, м а й

Н. Ы. а. Г. К. Шг Ь а п. Выздоровление и восстановление трудоспособности в постоянном госпитале в тропиках. Стр. 377—з85, 4 рис.

М. 8. XV ННе. Медицинские проблемы военно-воздушного дела. Стр. 385—387.

Краткое перечисление ряда вопросов летной медицины и гигиены.

V . Р. Н о 1 Ь г о о к а. А. С. V а п Ка уеп8\уаау. Острая ревматическая лихорадка в военном отношении. Стр. 388 391.

Отмечено важное значение этого заболевания для войск и рассмотрена программа борьбы с ним в военно-воздушных силах.

5. С. О Ис11 не. Надзор за свежим мясом, мясными пищевыми продуктами и молочными продуктами. Стр. 391—396.

Рассмотрены 9 видов надзора, проводимого ветеринарной службой в США.

А. Й. кеоппеу. Восстановление функций конечностей. Стр. 397—399. [1]

Статья профессора Московского мединститута, указывающая общие установки лечения.

С. Г. Вид^е. Работа зубного врача на китайском, бирманском и индийском театрах военных действий. Стр. 403—406.

Очерк общего характера.

О. XV. С И г 1 я (I а п з е п а. Л. Ь. В г а д 1 е у. Операция Са1д\уеП—Ьис при хроническом гнойном гайморите травматического происхождения Стр. 4'6—407,3 рис.

Описание одного случая.

3. Н. Н а г 1 5 о п. Тп. XX. В о 1 8 Г о г д а. В. Е. Т г 1 с Ь е 1. Лечение гонорреи в постоянном военном госпитале за границей в 1942—1944 гг. Стр. 416—419. Приведена литература (13 номеров).

Обзор*лечения *77('* случаев гонорреи. В 521 случае наблюдалась инфекция, резистентная к сульфамидным препаратам. Осложнения были у 111 больных. Пенициллин применялся в 9о случаях и при лейении осложнений с очень хорошим успехом.

Р. В. V а п Б у к е. Лечение кист копчиковой области. Стр. 420—422. Приведена литература (3 номера).

Описание заболевания и применявшейся автором техники операции при нем.

К. С. А 11 е у а. С. О. К 1 с Ь е у. Киста копчиковой области. Иссечение и первичное закрытие раны. Стр. 42 -* 4^3, 2 рис-

Описание способа наложения швов после иссечения кисты. Приведены данные о лечении 116 случаев.

1. Ь. Арр1еЬаит, Стафилококковая септицемия; лечение инъекциями и полость плевры и перикардия сульфамидных препаратов. Стр. 424—4з9, 2 рис- Приведена литература (17 номеров).

Клиническое описание двух случаев.

Н. С. К и их. Операция М1со1а. Стр. 429—432, Приведена литература (4 номера).

Описание техники операции при привычном вывихе плеча и последующего лечения Иеречисл ны основные причины неудачи операции.

Ь. Н. М и з с Н е 1. Лабораторная диагностика посредством реакции фиксации комплемента Стр. 433—4.5. Приведена литература (7 номеров).

Сообщается об изучении возможности применения реакции фиксации комплемента для распознавания малярии и амебных заболеваний.

В. Т XV 4 с к е и 8. Заметки о деятельности роты санитаров-носильщиков в бою. Стр. 435—436.

- О характере первой помощи раненым в бою.

О. О. Е (11 е 1. Несжимающая шина для вытяжения. Стр. 435 — 437, 3 рис.

Описание импровизированной шины с .вытяжением, легко изготовляемой из подручных материалов.

№ 6, июнь

XV. XV. Н а 11. Современное положение вопроса о лечении сульфамидами. Стр. 457—4ь0. Приведена литература (-4 номера).

Краткий очерк теоретических основ антибактериальной химиотерапии и практического применения сульфамидов при различных болезнях.

Е. С. ^а(егз. Надзор за консервированными мясными продуктами. Стр. 461 — 464.

Описание приготовления бекона, ветчины и жестяночных мясных консервов и методики проведения санитарного надзора.

Корреспонденция (автор не указан). С 6-й армией в Люсоне. Стр. 465—468, 4 рис.

Общий очерк деятельности личного состава госпиталя.

РИ. 3. МигрЪеу а. Ь. ЗсЬІоззЬег^- Изготовление глазных и челюстно-лицевых акриловых протезов. Стр. 469 — 478, 17 рис.

Подробное описание процесса изготовления глазных протезов.

С. Л. ВаЬсок. Снабжение армии молоком; проблемы приобретения молока и санитарного наблюдения. Стр. 479—484.

Описание организации и проведения снабжения молоком армии, находившейся в пределах США.

К. К. Виска пап) и п. Медико-хирургическая конференция в 300-м постоянном госпитале. Стр. 489—491, 1 рис.

Перечень докладов, сделанных на конференции в январе 1945 г. в Италии (приведены только заголовки докладов).

Н. В. Ь о б е г а 8. А. К о гп Ы и т. Язва двенадцатиперстной кишки в большом военном лагере. Статистический анализ. Стр. 492—497. Приведена литература ^10 номеров).

Статистический анализ 1 702 случаев желудочно-кишечных заболеваний, среди которых было 82 случая язвы двенадцатиперстной кишки.

А. ВогИпа. Л. В г 111. Об исследовании состояния психики посредством нового теста. Стр. 497—503, 5 диаграмм. Указаны 2 литературных источника.

Описание 5 случаев применения „миннезотовского многофазного исследования личности". (Оценка результатов распределения среди исследуемых 550 карточек с различными вопросами.)

Л. 5. ВгОХУП. Техника операции кист копчиковой области. Стр. 504—506, 6 рис.

Описание техники иссечения пилонидальных кист.

К- С. С 11 е з. Мукоцеле червеобразного отростка. Сообщение одного случая. Стр. 507 — 509. Приведены 2 литературных источника.

Э. Р. М о г г Із. Внутривенное введение препаратов барбитуровой кислоты как вспомогательное средство при распознавании и лечении истерии и симуляции. Приведена литература (5 номеров).

Описание успешного применения амиталнатрия, или пентотала, в 6 случаях.

Е. Охууап& Медицинская связь на китайском театре военных действий. Стр. 513 — 516, 1 рис.

Очерк деятельности медицинского персонала армии США в китайских войсках.

Н. Тагнохуег. Агранулоцитоз, вызванный мефарсеном и излеченный сульфадиазином. Стр. 516 — 519, 1 диаграмма. Приведена литература (19 номеров).

Клиническое описание одного случая.

Ь. В. К е е 1 5. Инвагинация подвздошной кишки в ободочную с омертвением внедренной части. Стр. 520 — 522.

Описание одного случая, окончившегося выздоровлением после операции.

М. Н е І р е г а. Р. В. У/аИя. Кокцидиомикоз легких. Стр. 524 — 527, 4 рис.

Описание 3 случаев; рентгенограммы.

Л. Н. На Лечение растяжения связок инъекцией новокаина. Стр. 528—529.

Сообщение о наблюдении 60 случаев растяжения голеностопного и лучезапястного сустава.

К. Ь. Мооге. Медицинский зоопарк. Стр. 529 — 531, 2 рис.

О различных животных, необходимых главным образом для научно-исследовательской работы в армии.

2. ТЬе Лонгна! о! (Не Поуа! Агшу МесИ^а1 Согрз, УО1. 84, № *4*—6, арг11—рпе 1945 (Журнал английской военно-медицинской службы), № 4—6, 1945 г.

№ 4, апрель

Л. А. 81п1оп. Основы лечения и подавления малярии, особенно в военных условиях. Стр. 147—158. Приведена литература (16 номеров).

Рассмотрены способы борьбы с малярией в случаях: 1) когда незараженные прибывают в район, где опасность заражения не велика; 2) когда прибывают 3 немалярийную или слабо малярийную местность из сильно малярийной; 3) постоянной или частой инфекции, реинфекции и суперинфекции.

К. В. 8 с о и. Действие сульфагуанидина при острой бациллярной дизентерии. Стр. 159—162. Приведена литература (13 номеров).

Обзор по материалам военного госпиталя на Среднем Востоке за 1940 и 1943 гг.

А. Е. Ргапс1з а. Е. Е. Виск1апб. Альфа-агглютинин для коли-образных бактерий в диагностических сыворотках. Стр. 163—165. Приведена литература (4 номера).

Иселедоппия „я ГОО кроликах.

С. К. *л* 1п 1 с я а. Л Кооег! я. **Бактериологическое распознавание дифтерии .** Стр. 165 — 170. Пр шедена литература (9 номеров).

Авторы имеют в виду особые условия работы на Среднем Востоке. Считая неудовлетворительной среду Лёфлера, особенно советуют пользоваться кровяным агаром.

Р. О. М111 е г. Лечение дизентерии в передовом госпитале. Стр. 171 — 174. Приведена литература (9 номеров).

Обзор лечения 2 114 случаев амебной и бациллярной дизентерии и диарреи.

3. М. В 1 а с к. Опыт военной хирургии в 600-коечном постоянном госпитале в Палестине. Стр. 175 — 183.

Обзор хирургической деятельности госпиталя за время с ноября 1910 г. по август 1911 г.

Редакционная статья. Отчет о состоянии здоровья в армии в Индии за 1942 г. Стр. 184 - 186.

Краткое извлечение из отчета; приведены главным образом данные об инфекционных и психических болезнях.

Редакционная статья. Болезнь Шейермана (О5(еосйопс1гИ15 руепШз). Стр. 187, 7 рис.

Краткое описание болезни.

Л. Е. Меазйат, М. УоеНа. Л. О. Пппе^ап. О профилактическом, подавляющем и лечебном действии мепакрина (атебрина). Стр. 188 — 191.

Описаны наблюдения автора.

С. О. А11ег§ап(. Еер1о$р1го$1$ 1с1его11аетогг11а^1са. Стр. 191—194, 1 рис. Приведена литература (3 номера).

Клиническое описание одного случая с необычным течением.

№5, май

Н. Розпег. Воздушно-десантные операции на Востоке в медицинском отношении. Стр. 197 — 200.

Общий очерк мероприятий по санитарному обеспечению воздушных десантов— указания на оборудование пунктов медицинской помощи до обеспечения транспортными средствами для эвакуации—носилки, специально приспособленные автомобили; пользование геликоптерами и планерами, имевшее место при боевых операциях на Дальнем Востоке.

5. Огат. Инфекционный гепатит в войсках в Нигерии. Стр. 201—209. При ведена литература (16 номеров).

Клиническое описание и анализ 230 случаев заболеваний в войсках, укомплектованных туземцами.

К. 5. 111п§мгог111. Полиомиэлит и менингизм—сто случаев. Стр. 210—217. Приведена литература (6 номеров).

Обзор 100 случаев менингизма, наблюдавшихся в военном госпитале на Среднем Востоке с июля 1943 г. по февраль 1944 г. Все больные—военнослужащие.

Н. Н. 8кеосй. Проникающие боевые ранения глаза и орбиты. Стр. 218-222, 2 рис.

Очерк, составленный на основании наблюдений около 600 случаев. Точных ста гистических данных не приведено.

3. К. НатрзЫге. Год военной медицины в Китае. Стр. 223—226.

Краткий очерк наблюдавшейся заболеваемости в китайской армии. Наблюдения и впечатления автора.

К. 4. Роз1оп. Жезл, змея и другие знаки на петлицах. Стр. 227—229.

Рассуждение о происхождении эмблемы медицинской профессии и знака Красного Креста.

А. В. Кегг. Эмфизема подкожной клетчатки лица и паронихия как членовредительство. Стр. 230—231.

Описание 2 случаев эмфиземы и одного случая паронихии.

О. Ваке г а. \У. 8. Тейпег. Синдром напряжения в военном центре физического развития. Стр. 232—234. Приведена литература (5 номеров).

Краткий отчет о 58 наблюдавшихся случаях. Ни в одном случае истинный синдром напряжения не был вызван условиями тренировки в данном центре.

1. К. Ее аг то пН1. Заметка о посещении медицинских учреждений 21 армейской группы. Стр. 235.

А. Н. ТНгоучег. Цветная фотография как помощь врачу.

О возможности успешно пользоваться цветной фотографией в тропических местностях, где врач находится на далеком расстоянии. Предполагается, что врачу во многих случаях достаточно рассмотреть цветную фотографию, чтобы распознать заболевание и назначить лечение.

Н. М. МагПпеаи. Некоторые впечатления о военной регистрации во временном госпитале в Южной Англии. Стр. 237—239.

; , Е. Каузоп. Импровизированный гемоцитометр. Стр. 239.

Г" Краткое описание прибора.

3. И. Ви11е1(1. Способ поддерживания вытяжения в шине Томаса. Стр. 240—241, 1 рис.

Практическое предложение.

№ 6, июнь

С. В. ЬитЬ а. 5. М. №1коп. Способы исследования пенициллина. Стр. 247—254, 7 рис. Приведена литература (11 номеров).

Описана методика исследования действия пенициллина на микробов, исследования на содержание пенициллина в растворах, титрования пенициллина в растворах и в крови.

Л. Е. Ьоуе1оск. Проблема определения физической годности к тяжелой работе. Стр. 255—262, 5 диаграмм. Приведена литература (5 номеров).

Описание методов и оценка их.

Г\т. I). К йап. Церебральная малярия. Стр. 263—267. Приведена литература (3 номера).

Обзор 22 041 случая малярии и 60 смертельных исходов вследствие церебральной формы болезни.

В. 8. В й! Поп, Л. Н. Ло$Ь1 а. 8. К. К о у. Лечение злокачественной малярии (кома) никотиновой кислотой и амидом ее. Стр. 268—269.

Описание 2 случаев.

XV. С. коте. Репатриация раненых в Западной Африке. Стр. 270—271.

(Из отдела гигиены медицинского Колледжа английской армии). Предупреждение зсгнЬ-тифа (Японской речной лихорадки). Стр. 272—273.

К. 8. XV о о <1 я. Редкие последствия организованных упражнений в армии. Стр. 274—275.

Описаны 2 случая травматических повреждений.

14. К. Ко у а. И. Р. Вакег. Изготовление раствора гипохлорита-натрия электролизом хлористого натрия. Стр. 276—277.

Описан способ получения 0,4—0,5% раствора гипохлорита натрия электролитическим путем из 15% раствора поваренной соли.

А. С. Е V 1 и а а. С. К. капе. Серологические реакции при лечении сифилиса пенициллином. Стр. 277—27-8.

Описание наблюдений при лечении одного больного.

Р. М. Со111Л8. Аневризма (сифилитическая) в месте разветвления общей сонной артерии, излеченная перевязкой сосуда. Стр. 278—279.

Описание одного случая. Перевязка сделана по обе стороны аневризмы.

3. В. В и га псе. Подконъюнктивальные петехии при цереброспинальном менингите. Стр. 280 —281.

На основании наблюдения 173 случаев цереброспинального менингита автор считает, что подконъюнктивальные петехии не имеют диагностического значения при этой болезни.

Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский

•Аг

ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ, РЕЦЕНЗИЙ, РЕФЕРАТОВ И ПЕРЕВОДОВ, НАПЕЧАТАННЫХ В „ВМЖ“ ЗА 1946 г.

В Совете министров Союза ССР. О научной разработке и обобщении опыта советской медицины за время Великой отечественной войны 3941—1945 гг. От редакционной коллегии труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг., 3,3—15. _

| Николай Нилович Бурденко | 11,3-5.

Л е ч е б и о-н рофи .тактические вопросы

Александров Н. И. (подполковник мед. службы, канд. мед. наук) и Гефен Н. Е. (канд. мед. паук), О противостолбнячйой иммунизации поливакциной НИИСИ (предварительное сообщение), 3, 21—27.

Алексеев А. А. (майор мед. службы), Клиническое течение трихомонадпого уретрита у мужчин, 9, 16 — 18.

А р ь е в Т. Я. (лауреат Сталинской премии полковник мед. службы), Профилактика отморожений, 12, 3—8.

Байдалов Ф. Т. (подполковник мед. службы). Организация специальной помощи раненным в голову в период Бугско-Висленской наступательной операции, 6, 29—32.

Б о г о м я к о в М. П. (майор мед. службы), Пенициллин при острой гоноррее, 7-8, 20—21.

Братковский Р. Х. (майор мед. службы), 16% раствор сульфидина для парэнтерального применения, 4—5, 20—22.

Братковский Р. Х. (майор мед. службы) и Канторович А. С., Микроопределение количества сульфамидов в крови, 12, 23—26.

В а р л а м о в В. И. (майор мед. службы), Два случая лечения гнойного менингита пенициллином по способу акад. Н. Н. Бурденко, 6, 16—17.

Варламов В. 14. (майор мед. службы), К вопросу о газовых перитонитах. 7-8, 18-20.

В о л к о в К. Д. (майор мед. службы), Липкопластырное вытяжение после резекции тазобедренного сустава, 4—5, 13—15.

Г а т ц у к П. Г. (майор мед. службы). Профилактика бронхитов и конъюнктивитов в полевых условиях, 7—8, 17—18.

Гольдман А. Н., Изменение сосудистого тонуса при военно-травматических поражениях периферических нервов,' 10, 24-28.

Григорьев Н. И. (доц.), Оперативное лечение хронических эмпием плевры огнестрельного происхождения, И, 29—34.

Грицкевич Д. И. (канд. мед. наук) и Шустов В. М. (полковник мед. службы), О возможности продолжения службы в армии офицеров после ампутации конечностей, 6, 19—29.

Гусев М. И. (майор мед. службы). Опыты работ по предупреждению заболеваний куриной слепотой в войсках, 3, 30—34.

Д о б ы ч и и Б. Д. (полковник мед. службы, проф.), Хирургическая помощь в войсковом районе в восточно-прусскую наступательную операцию, 11, 8—12.

Ж о р д а н и а И. Ф. (полковник мед. службы, проф.), Гинекология военного времени, 3, 16-21.

Игошин В. А. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Кожные заболевания среди кавалеристов, 6, 11 — 14.

Игошин В. А. (майор мед. службы), Опыт проведения уплотненного метода лечения сифилиса, 12, 17- 23.

Кабаков Г. Л. (капитан мед. службы), Опыт комплексной обработки огнестрельных переломов бедра по Юдину в войсковом районе, 9, 11—13.

Корытько П. И. (майор мед. службы), К вопросу о наложении жгута при травматических ампутациях конечностей, 4-5, 18-20.

Куликовский Г. Г. (генерал-майор мед. службы, проф.), Ото-ларингологическая помощь раненым, контуженным и больным по опыту Великой отечественной войны, 4—5, 3—11.

Куличков Н. А. (майор мед. службы). Значение метода внутривенной сывороточной терапии в борьбе с газовой), инфекцией, 4—5, 16—18.

Лебедев В. Н., (капитан мед. службы, Модификация лечения чесотки раствором Флеминга 10, 28—29.

Л и б е р ф а р б А. С. (канд. мед. паук). О сопутствующей неспецифической терапии военно ослепших, 9, 14—16.

Логинов А. М. (майор мед. службы), Лечение ран ультрафиолетовыми лучами, 1-2, 22-23.

М а р г о р и н Е. М. (подполковник мед. службы, канд. мед. наук), Остеомиэлиты черепа после огнестрельных ранений, 1—2, 10-21.

Маршак М. С. (подполковник мед. службы), Василевский М. А. (канд. мед. наук), П а в л о в а П. И. и Фельдман М. Б,, Диэтотерапия при челюстно-лицевых ранениях в Великую отечественную ВОЙНУ, 7-8, 3-8.

Мац Ю. Н. (майор мед. службы), Изготовление стандартной агглютинирующей сыворотки в условиях ППГ, 3, 28—30.

Меерович М. Л. (подполковник мед. службы), О терапевтической работе в послевоенный период, 9, 3—7.

Н а м и ч е й ш в и л и М. С. (капитан мед. службы), К вопросу о нерациональной сульфамидотерапии,-12, 15—17.

Олешкевич И. Б. (майор мед. службы, канд. мед. наук). Лечение газовой инфекции бактериофагами, Ь, 3—8.

Першин А. Г. (полковник мед. службы), Ближайшие и отдаленные результаты лечения эссенциальной гипертонии на курорте Сочи—Мацеста, 11, 18—24.

Преображенский С. А. (проф., доктор мед. наук), Военная психиатрия в период первой мировой войны, 9, 41—43.

Пятигорская М. С. (ст. лейтенант мед. службы). Определение индивидуальной совместимости крови по способу Грачева, 1—2, 24—26.

Рабинович Н. Г. (подполковник мед. службы), Анализ заболеваемости и организации терапевтической помощи в Ленинградском военном округе, 11, 11—18.

Са в ван тов С. А. (подполковник мед. службы), опыт выявления туберкулезных больных в войсках, 7 — 8, 8—11.

Саксонов П. П. (полковник мед. службы), К токсикологии белого стрептоцида, 3, 34—36.

Скворцов В. В. (полковник мед. службы), Организационные принципы медицинского контроля за питанием войск, 10, 29-31.

Станкевич Т. И. (капитан мед. службы), П оникающие ранения черепа по специальным материалам в восточно-прусскую боевую операцию, 10, 16—24.

Тихомиров Д. Н. (полковник мед. службы), Заболевания желудочно-кишечного тракта по матер ;алам гарнизонного госпиталя, 10, 3—16.

Тропянов М. А. (майор мед. службы), Простейший метод ранней диагностики газовой гангрены, 3, 27—28.

Феофилов П. Д. (подполковник мед. службы). Лечение огнестрельных переломов бедра по материалам межармейской госпитальной базы 3-го Белорусского фронта, 9, 7-10.

Цукерман М. А. (подполковник мед. службы), К вопросу профилактики и терапии шока. 6, 8—10.

Ч и пен ко в А. В. (капитан мед. службы), I. Лечение газовых флегмон внутриартериальными вливаниями, II. Метод оживления в первые минуты после клинической смерти, 7—8, II — 15.

Шевалев А. Е. Применение вага-симпатической новокаиновой блокады при проникающих ранениях груди, осложненных внутриплевральным кровотечением. 11, 24—29,

Ш о г а м Д. Н. (майор мед. службы, канд. мед. наук), О лечебно-эвакуационном обслуживании контуженных в армейском районе, 12, 8—15.

Шпак В, М. (капитан мед. службы, канд. мед. наук) и Ш л а й и Б. Н. (майор мед. службы), Послеконтузиомные расстройства слуха и речи, 4—о, 11—13. >

Шпиль Д. А. (капитан мед. службы). Учет маляриков и проведенного лечения их в стрелковом полку. 6, 18.

Шустов В. М. (полковник мед. службы), О задачах лечебной работы в Красной Армии, 1—2, 3—10.

Юкол ис И. И. (майор мед. службы), Лечение дифагом больных фурункулезом и другими гнойничковыми заболеваниями кожи, 6, 14—16.

Организация и тактика меди цине кой службы

Барсуков В. П. (полковник мед. службы), Специализированная помгщь во 2-й гвардейской армии в 1942—1945 гг.. 3, 39—43.

Белов Г. С. (майор мед. службы). Медицинский регулировочный пост, 6, 89.

Белов С. И. (майор мед. службы), Медицинское обеспечение отдельной танковой бригады в наступлении, 9, 19—23.

Б р и к м а н Л. М. (майор мед. службы), О транспортировке черепных и неврологических больных на речном санитарно-трансп- ртном судне, 7—8, 31—32.

Дроздов Д. И. (полковник мед. службы, канд. мед. паук), Хирургическая помощь во время наступательной операции Г4-скгй армии, 3, 37—38.

Каминский Л. С. (полковник мед. службы), К вопросу построения классификации военных потерь, 7—8, 22—26.

Лапидус Б. Н. (подполковник мед. службы), Опыт работы СЭЛ в период наступления, 6, 36—38.

Мар горни Е. М. (полковник мед. службы). Организация работы нейрохирургического отделения в армейском специ лизированном ХППГ, 7—8, 26—30.

Пивоваров И. А. (полковник мед. службы), Обратный авиационный порожняк, 6, 33—35.

Стефаду В. А. и Виноградов В. В., Опыт организации армейских станций переливания крови, 10, 32—34.

Цукерман М. А. (подполковник мед. службы), Еще раз о сортировке раненых.10. 34-36.

Вопросы противоэпидемической з а щ и т ы войск

Ёаяндин И. Т. (майор мед. службы). Санитарно-эпидемиологическое обеспечение репатриированных и военнопленных, 3, 44-47.

Карпов М. К. (гвардии подполковник мед. службы, доц.), Организация противоэпидемической защиты войск при осаде Данцига, 9, 24—32.

Кириенко И. В. (ст. лейтенант мед. службы), Диагностическое значение реакции Вейль-Феликса у сыпнотифозных больных, ранее привитых вакциной Кронтовской, 7 — 8, 36 -40.

Коваленко В. Н. (подполковник мед. службы), Организация противоэпидемических мероприятий на армейских грунтовых дорогах, 3, 47—49.

Коваленко П. Н. (подполковник мед. службы), Опыт использования ОДР в полевых условиях, 7—8, 33—36.

Косяков П, Н. (доц.), О превентивных свойствах поливакцины НИИСИ в отношении бациллярной дизентерии, 9, 32-35.

Угрюмов Б. Л. (подполковник мед. службы), Туляремия по материалам госпиталя К-ской армии, 11, 35—45.

Шапиро С. Е. (майор мед. службы). Особенности организации работы в полевом инфекционном госпитале, 10, 37—40.

Вопросы военной гигиены

Буров А. Д. (капитан мед. службы), Метод подсчета результатов санитарно-гигиенических анализов при помощи таблиц. 4—5, 28—35.

Железнякова Н. С. (майор мед. службы), Сравнительная оценка методов определения окисляемости воды в полевых условиях, 7—8, 47—49.

Зад и ран Н. И. (майор мед. службы), Дезинсекционная установка для уничтожения клопов, 4—5, 36.

Максимов С. В. (майор мед. службы) и См ел ков Я. С. (старшина мед. службы), Физиологические колебания температуры конечностей и их значение для профилактики отморожений, 4—5, 23—28.

Сергеев Г. К. (ст. лейтенант мед. службы), Померанцевые плоды как источник витамина С, 7—8, 50—51.

Смирнов Н. (подполковник мед. службы), О медицинском обеспечении длительного кавалерийского марша в безводно-степном районе, 7—8, 43—47.

Вопросы медицинской службы ВВС

Грайфер Г. Р. (подполковник мед. службы), Индивидуальная оценка в практике врачебно-летной экспертизы, 12,39—45.

Иванов В. А. (майор мед. службы), Ожоги у летного состава фронтовой авиации, 12,33-38.

К а р а в а н о в А. Г. (майор мед. службы), Переломы позвоночника у летного состава по материалам Центрального авиационного госпиталя, 4—5, 37—44.

Караванов А. Г. (подполковник мед. службы, канд. мед. наук), Редкие по механизму случаи перелома позвоночника у стрелков-радистов, 7 — 8, 41 — 42.

Куковеров А. В. (полковник мед. службы), К вопросу об утомлении летного состава, 11, 46—49.

Пухальский А. А. (подполковник мед. службы), Индивидуальный полход при тренировке летного состава в барокамере, 9, йб—40.

Р а т г а у з Л. Г. (генерал-лейтенант мед. службы) иБамдас Б. (гвардии полковник мед. службы), О реакциях летчика на боевой полет 1—2, 27—34.

Туманов А. Н. (майор мед. службы), Оказание самопомощи и взаимопомощи на самолете Пе-2 при ранениях в воздухе, Ю, 41—42.

Фарбер Г. Б. (подполковник мед. службы, доц.), Влияние на кроветворение многократных пребываний в камере пониженного^давления, 12, 27—33.

Шмелев А. А. (майор мед. службы), Организация медицинской помощи в авиации в особых географических условиях, 1—2, 34-38.

Вопросы лечебной физкультуры

Аникеев П. И. (методист лечебной физкультуры, ст. лейтенант мед. службы), Опыт применения лечебной гимнастики при послеконтузионном расстройстве речи (заикание), 4—5, 45—47.

Гончаров П. Т. (лейтенант адм. службы), Гимнастические кольца в лечебной гимнастике, 6, 40—43.

Трофименко К. С. (капитан адм. службы), Лечебная физкультура на передовых этапах санитарной эвакуации, 7—8, 52—53.

Обмен опытом

Д ж е м с - Л е в и Д. Е. (капитан мед. службы), Примитивная капельница, 10, 44—45.

Железнякова Н. С. (майор мед. службы), Колориметрическое определение примеси ячменя к пшеничной муке, 4 — 5, 48—49. ,

Ковтурман Н. С. (полковник мед. службы), Применение пара с лечебной целью, 10, 43.

Колесник Ф. Д., Портативный ящик для хранения и транспортировки консервированной крови и сывороток, 10, 45.

МаннтаМ. Д., К вопросу о простом способе определения свинца в полуде в присутствии железа и меди, 4 — 5, 52.

Мацуев И. Е. (майор мед. службы), Дренажи и капельница. 1. Способ укрепления дренажа в ране. 2. Клапанный дренаж. 3. Капельница для капельного переливания крови, 4—5, 50—51.

Саркисов М. А. (майор мед. службы) и Варсонофьева Е. И. (лейтенант мед. службы), Глухая гипсовая повязка при повреждениях бедра и тазовых костей в комбинации с ранением мочевого пузыря, 4-5, 50.

Середницкий А. М. (канд. мед. наук), Новый ретрактор, 10, 44.

Из истории военной медицины

Ивашов Н. Н. (полковник мед. службы) и Гейзер И. М., Забота Суворова о здоровье солдат, 1 —2, 47—50.

Максименков А. Н. (полковник мед. службы, проф-), Болезнь и последние дни Н. И. Пирогова, 3, 51—57.

Российский Д. М. (засл. деят. науки, проф.), Первый отечественный журнал по военной медицине, 1—2, 44—47.

Страшун И. Д. (действ, член Академии мед. наук СССР, проф.), Кутузов и забота о раненых в 1812 г., 3, 50—51.

В медицинских обществах и на научных конференциях

Кроткое Ф. Г. (генерал-майор мед. службы, проф.), В Академии медицинских наук СССР, 4-5, 53-56.

Макси меиков А. Н. (полковник мед. службы, проф.), В. Н. Шевкунепко (к 50-летию научной и общественной, деятельности), 1 —2, 39—43.

В Президиуме Академии медицинских наук СССР. 1-ая конференция но изучению санитарных последствий войны, 10, 51—54.

В Ученом медицинском совете Министерства здравоохранения СССР, 9, 50.

В Ученом медицинском совете нри Начальнике ГВМУ ВС СССР.

Хроника совещаний офталмологической и ото-ларингологнческсй подсекций хирургической секции УМС при Начальнике ГВСУ Красной Армии, 9, 44 — 50.

Хроника совещаний стоматологической, урологической и гинекологической подсекций хирургической секпии, УМС при Начальнике ГВМУ ВС СССР, 10, 47—50.

Рефераты и переводы

Астафьев А. Д. (полковник мед. службы), 1. Профилактика траншейной стопы 2. Диагностическое значение ишемических болей при траншейной стопе, 7 — 8, 54 — 55.

К ала бу хов И. П., Новейшие достижения в области дератизации, 12, 50 -53.

О р л о в А. Н. (полковник интендантской службы), Органолептическая опенка пищевых продуктов животного происхождения, 6, 44.

Ста рока домск и й Л. М. (д-р мед. наук), Конвенционные болезни, 11, 50.

С т а р ока до мск ий Л. М. (д-п мед. наук), Борьба с крысами в форте Дивенс, 12, 53.

Ходорков Ф. А. (генерал-майор мед. службы). Новое в медицине. Стрептотрициии и стрептомицин, 12, 46—60.

Ципер Н. А. (инженер-капитан), 1. Дезинфекционно-обмывочная рота. 2. Получение горячей и холодной проточной воды в полевых условиях, 6, 44 — 46.

Критика и библиография

Бегельман И. А. (проф.), Как не следует подытоживать опыт Великой отечественной войны, 11, 51—52.

Макаров И. Д. (полковник мед. службы), Библиография по военной медицине за годы Великой отечественной войны (1941 — 1945 гг.).

I. Организация и тактика медицинской службы. Общие вопросы военной медицины (Абрамов П. В. — Карлинский М. Г.), 1—2, 51—58 (Карпов В. К.—Петров В. Ф.), 3, 58 — 64 (Петров Н. В.--Ярошецкнй), 4-5, 57—64.

П. Медицинские кадры и их подготовка. Санитарная подготовка войск (Абрамов П. В. —Юрьева), 6, 47-56.

Ш. Учебники, руководства, пособия, наставления, указания, инструкции, справочники (Альбом — Мусабеков), 7—8. 56—62. (Наставление — Юдин), 9, 55—56.

IV. Военно-полевая хирургия. 1. Вопросы эвакуации и транспортные средства. Организация медицинской помощи раненым. 2. Общая характеристика повреждений и их диагностика. 3. Асептика и антисептика. 4. Обезболивание, (Абиев —Ярицин), 10, 55—64. 5. Кровотечения и борьба с ними. {Асманкин), 11, 52—61. 6. Переливание крови и .кровозамещающих жидкостей. 7. Шок (Альпер-ин Д. А. — Любарский С. Р.), 12, 54—62. ■

Ст а рокадоме кий Л. М. (д-р. мел, наук), Краткий обзор содержания журна лов: „Военно-медицинской службы английской армии® (№ 1 январь — №3 март 1945 г.) и „Военный врач® США (№ 1 январь—№3 март 1945), 1 —2, 58 — 63.

Краткий обзор содержания журналов: 1. Военная медицина (США). 1945, т. 7, №1—3 (январь—март).-7 2. Бюллетень военно-санитарного управления армии США, 1945, №84—86 (январь—март), 11,. 61—65.

Краткий обзор содержания журналов „Военный врач® США (№ 4 — 6, 1945) и .Журнал английской военно-медицинской службы® (№4—6, 1945), 12, 62-66.

Перечень статей, рецензий,рефератов и переводов, напечатанных в „ВМЖ" за 1946 г., 12, 67-70.

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Лауреат Сталинской премии, полковник мед. службы, Т. Я. А р ь е в Профилактика отморожений . 3
Майор мед. службы, канд. мед. наук Д. Н. Шотам. О лечебно-эвакуационном обслуживании контуженных в армейском районе 8
Капитан мед. службы М. С. Пам и-чейшвили. К вопросу онера-'; циональной сульфамидотерапии 15
Майор мед. службы В. А. Иг о-ш и п. Опыт проведения уплотненного метода лечения сифилиса . . . . •..... 17
Майор мед. службы Р. Х. Б р а т-ковский и А. С. Канторович. Микроопределение количества сульфамидов в крови . 23

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Подполковник мед. службы, доцент В. Б. Фарбер. Влияние на кроветворение многократного пребывания в камере пониженного давления..... 27
Майор мед. службы В. А. И в а-нов. Ожоги у летного состава фронтовой авиации..... 33
Подполковник мед. службы Г. Р. Г р а й ф е р. Индивидуальная оценка в практике врачебно-летной экспертизы..... 39

РЕФЕРАТЫ И ПЕРЕВОДЫ

Генерал-майор мед. службы Ф. А. Ходорков. Новое в медицине. Стрептотрицин и стрептомицин 46
Н. И. Калабухов. Новейшие достижения в области дератизации 50
Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский. Борьба с крысами в форте Дивенс..... 53

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. М а-каров. Библиография по военной медицине за годы Отечественной войны (1941 — 1945). (Продолжение)..... 54

СОИТЕИТ8

МЕШСАЬ-РРОРНТЬАСТЮ РРОВТЕМБ

Со1опе1 о! Мей. 8егу(се Баигеа(е о! (йе 84аПп*5 Рг1ге Т. V. Аг1еу. Тйе ргорйу1ах18 о(ГгозИзПе . . **3**
Ма)ог о(Мей. 8егу1се Санд, т Мед. 8сй О. Ц. 8йо§ат. Он (Не тед1са1-еуасиа(1оп зетсе о! (йе соп(изед 1п агту агеа ... 8
Сар1а1п о! Мед. 8егу1се М. 8. НапИсйсувйуШ. Он (Не ингаКона! зиИопапПд оШегару . 15
Ма)ог о! Мед. 8егу(се V. А. 1 я о-8И 1 п, Ехрепепсез 1п (Не те-(йод о! 1п1епв1Уе (Йегару о! 8УРИП18 • 17
Ма]ог о! Мед. Зегугсе К. СК. Вга(-к о у 5 к у апд А. 8. К а п (о г о-у 1 с И. М|стоде(епп1паиоп о((Йе Ыоод «иИопапНде сопсеп(га(1оп 23

РРОВ1ЕМ8 ОР АУ1АТЮН МЕШС1ИЕ

1Деи(епап(-Со1опе1 о! Мед. 8егу1се Вос. V. В. РагБег. 1п11пепсе о(ти1(1р1е 81ауп1п<т 1п Ле 1о\у-ргеззиге сйатБег *оа* 1йе Бюод (огтайон..... 27
Ма]ог о(Мед. 8егу1се V. А. 1 V а-п о у. Вигпз 1п а!гсга((регзопне! о! (йе Ггоп! ау1а11оп..... 33
Бюи(епап(-Со1опе1 о(Мед. 8егУ1се О. К. ОгауТег. 1нд1У1диа(арргес1айоп 1н (йе ргасйсе о! а1г (огсе тед1са1 ехаттаПоп . 39

АВ8ТРАСТЗ АИП ТРАНЗТАТЮН8

Ма}ог-Оепега1 о! Мед. 8егу1се Р. А. Сйодогкоу. Не\У8 1п тедь с!пе. 8(гер(о(густе апд 8(гер(о-тус1пе..... 46
№ 1. К а 1 а Б и к И о у. Кесеп(ад-уапсез 1п (йе дега((8а(1оп ... 50
Б. М. 8 (а г о к а д о т 8 к у, М. В. Ка(соп(го! а(Рог(Веуенз . . 63

В1ВЫОСРАРН1У

Со1опе1 о! Мед. 8егу1се 1. В. М а-кагоу. В1Бюй,гарйу он \Уаг Мед1С1пе (йгои§йои((йе Ра(По-(1с 'Лаг 1941—1945 (СопОпиед) 54

Доктор мед. наук Л. М. С т а рока до м с к и й. Краткий обзор содержания журналов .Военный врач" США (№ 4—6, 1945 г.) и .Журнал Английской военно-медицинской службы" (№ 4—6, 1945 г.)..... 62

Перечень статей, рецензий, рефератов и переводов, напечатанных в ,ВМЖ" за 1946 г. . . . 67

Ь. М. 8 (а г о к а д о т я к у, М. О. А вигуеу о(соп(еп(8 о! „Тйе МИИагу 8иг§еон" (уо!,96 №4—6, 1945) анд ,1оигна1 о(1Ье Коуа1 Агту МесВса! Согрв" (уО1. 84, № 4—6, 1945) 62

Тйе 1151 о(агИс1е8, геу1е\г5, аЬзЬ гас1з апб 1гап51аИоп8 рг1п1е<1 1п Ше М. М. 1. 1ог уеаг 1946 . . 67